

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

418

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue, le vendredi 10 juillet 1896, à 1 heure

PAR

CALDERON (Luis-Felipe)

Né à Santa-Rosa (République de Colombie), le 12 Juillet 1867.

Docteur en médecine de la Faculté de Bogota.

IRIDO-CHOROÏDITES INFECTIEUSES

Président : M. POTAIN, professeur.

Juges : MM. LABOULBÈNE, professeur.

NETTER, GILLES DE LA TOURETTE, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
TYPOGRAPHIE A. DAVY

52, rue Madame, 52

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

418

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue, le vendredi 10 juillet 1896, à 1 heure

PAR

CALDERON (Luis-Felipe)

Né à Santa-Rosa (République de Colombie), le 12 Juillet 1867.

Docteur en médecine de la Faculté de Bogota.

IRIDO-CHOROÏDITES INFECTIEUSES

Président : M. POTAIN, professeur.

Juges : MM. LABOULBÈNE, professeur.

NETTER, GILLES DE LA TOURETTE, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

TYPOGRAPHIE A. DAVY

52, rue Madame, 52

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	N.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	N.
Cliniques médicales.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Maladies des enfants.....	GRANCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.....	RAYMOND
	DUPLAY.
Cliniques chirurgicales.....	LE DENTU
	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Cliniques d'accouchements.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

M. PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MENETRIER	THIÉRY
ANDRÉ	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER	TUFFIER
BONNAIRE	GLEYS	POIRIER, chef des	VARNIER
B ROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
CHANTEMESSE	HEIM	ques.	WEISS
CHARRIN	LEJARS	RETTERER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté : M. C. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

Témoignage d'éternelle reconnaissance

A MON FRÈRE,

CARLOS CALDERON



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553816_0094

IRIDO-CHOROIDITES

INFECTIEUSES

AVANT-PROPOS

En étudiant les complications des maladies infectieuses, nous avons remarqué que l'organe de la vision était quelquefois atteint au cours ou dans la convalescence de ces maladies, et que l'importance de l'affection présentée faisait que dans la plupart des cas, les malades ne recevaient pas de soins spéciaux pour ces affections.

C'est ainsi que nous avons songé à faire une étude étiologique de l'irido-choroïdite, envisagée dans ses rapports avec les maladies générales infectieuses. Nous avons voulu d'abord établir une classification basée sur l'agent pathogène générateur, pensant faire de cette façon une division plus logique, puisque c'est la variété et la virulence du microbe qui, dans chaque cas, doit nous diriger. Malheureusement, cette distinction ne peut pas encore être établie, car, outre les difficultés qu'il y a pour reconnaître les unes des autres les différentes espèces de microbes, il faut aussi observer combien la virulence est variable et surtout, il faudrait séparer ceux qui agissent par eux-mêmes de ceux qui n'agissent que par leurs toxines, dont la nature est encore à l'étude.

Mais de plus, il y a nombre de maladies infectieuses dont l'agent pathogène n'est pas encore connu ; enfin,

une dernière difficulté pour adopter la classification à laquelle nous avons pensé, réside dans la quantité d'infections secondaires surajoutées que l'on rencontre, dans lesquelles l'agent primitif a seulement joué le rôle de microbe favorisant.

Il nous a donc fallu baser notre classification sur la clinique.

Nous sommes heureux de saisir l'occasion de cette thèse pour remercier tous nos maîtres de la Faculté de Paris, et de la Faculté de Bogota.

M. le professeur Potain a bien voulu nous donner l'hospitalité dans son service et nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse; nous aurons toujours pour lui une reconnaissance profonde.

Nous avons pu travailler avec fruit dans les laboratoires de MM. les D^{rs} Roux, Metchnikoff et Bordet, à l'Institut Pasteur, et profiter de leur savant enseignement : qu'ils veuillent bien recevoir le témoignage de notre profonde gratitude.

Nous tenons à exprimer particulièrement notre reconnaissance à notre maître, M. le D^r Despagne, et à son chef de clinique, le D^r Valois, dans le service desquels nous avons fait les études qui font la base de notre travail.

INTRODUCTION

L'œil peut réagir comme tout autre organe sous l'influence d'une infection généralisée. On rencontre les lésions les plus variables, depuis la simple ulcération cornéenne, fréquente au cours de la rougeole, de la variole, etc., ou pendant la convalescence, jusqu'à la névrite optique dont M. Galezowski a rapporté des cas nombreux. Dans ces cas, il y a lieu d'établir une relation de cause à effet entre l'affection initiale et la manifestation oculaire, et il est difficile de nier l'influence d'un seul et même agent pathogène, sans qu'on n'ait pu cependant appuyer ces faits sur d'autres preuves que celles tirées de l'observation clinique. On a rapproché certaines atrophies optiques de la méningite grippale, par exemple, et on a trouvé une névrite grippale. Mais le résultat qu'il a été impossible d'obtenir pour le genre d'affections auxquelles nous faisons allusion, a pu l'être pour certaines manifestations oculaires des maladies infectieuses, pour celles dans lesquelles l'agent pathogène a eu une action plus rapide, plus directe pour ainsi dire, et où il a produit la suppuration de l'œil, le phlegmon, etc. L'accord pourtant, est bien loin d'être fait sur la nature de ces complications oculaires des maladies infectieuses, telle que la fièvre typhoïde, la septicémie puerpérale, etc. Consultant en effet le traité de médecine Charcot-Bouchard au chapitre *fièvre typhoïde* nous lisons, « l'œil peut présenter des ulcérations de la cornée, une fonte purulente totale ou un phlegmon de l'orbite dans lequel on a trouvé du bacille typhique à l'état de pureté. Mais je

crois que ces complications peuvent débiter plus souvent par des altérations profondes dues à l'infection microbienne. »

La question est des plus complexes, en effet, et d'autant plus difficile à résoudre que les observations très précises sont rares ; nous verrons, en effet, qu'au nombre des observations que nous avons réunies, il en est quelques-unes dans lequel le diagnostic fut vérifié par l'examen anatomique, mais bien plus nombreux sont les cas dans lesquels, après un début effrayant à symptômes alarmants, la guérison complète se fit. Ces cas sont particulièrement intéressants, nous nous sommes appliqués à en réunir le plus que nous avons pu, mais forcément il est difficile de tirer la moindre conclusion au point de vue de la pathogénie de l'affection. Enfin une dernière raison explique la rareté des observations très détaillées, ces accidents oculaires se passant souvent au cours d'une maladie grave, perdent de leur importance devant des accidents généraux beaucoup plus graves. Ce n'est qu'après la guérison que l'état de l'œil est constaté, sans qu'on puisse même connaître les différentes phases par lesquelles est passée la maladie. Dans les cas où l'énucléation a été nécessaire, comme très souvent cette opération n'a été pratiquée qu'en présence du phlegmon oculaire, on ne peut savoir s'il n'y a pas eu une infection surajoutée.

Il n'en est pas de même des symptômes ; dans la lecture de plusieurs observations, nous avons constaté des rapports réels qui donnent un caractère spécial à cette sorte de maladie.

Le terme d'irido-choroïdite infectieuse par lequel on désigne l'affection qui nous occupe indique sa nature ;

M. Chibret (1) a proposé de distinguer les cas dans lesquels la terminaison se faisait par le phlegmen et la perte totale de l'organe, de ceux dans lesquels il y avait un retour plus ou moins complet de la vision. Aux premiers, il donne le nom d'ophtalmite, pour réserver aux seconds le nom d'irido-choroïdite, et, comme exemple de ces derniers, il donne l'ophtalmie gonorrhéique. Cette distinction n'est pas inutile, car il semble difficile d'identifier par la même désignation deux affections d'une origine semblable, il est vrai, mais si disparates par les symptômes, l'évolution et surtout le pronostic. Malheureusement, il semble bien difficile d'établir cette distinction au début de la maladie. Nous verrons cependant que la nature de la maladie au cours de laquelle se fait cette complication oculaire, permet de formuler jusqu'à un certain point le pronostic sans cependant tomber dans les inconvénients inhérents à toute classification artificielle; le plus souvent, il est difficile de rapprocher et de décrire dans le même chapitre des affections identiques comme lésions (au moins pendant une certaine période), mais dont les unes aboutiront fatalement à la perforation du globe oculaire ou à son atrophie, tandis que les autres évoluent spontanément vers la guérison, quelle que soit la thérapeutique mise en œuvre.

La nature de la maladie et surtout le degré de virulence du microbe, la tendance plus ou moins grande qu'il a à envahir toute l'économie, enfin la résistance plus ou moins considérable de l'organe dans lequel il pénètre sont des facteurs de la plus haute importance.

La porte d'entrée existe pour ainsi dire toujours, facile à retrouver, que ce soit l'utérus dans les replis de la

(1) Chibret. *Bull. de la Soc. d'opht. de Paris*, 94, p. 41.

muqueuse duquel le microbe se blotit en tout temps, attendant la moindre cause pour en franchir les limites et passer dans le torrent circulatoire, le moment des règles, par exemple, une poussée d'endométrite ou enfin une manifestation de la diathèse rhumatismale, comme le veulent Puech et Gorecki ; que ce soit une affection des voies urinaires, une septicémie, ou enfin qu'il ait élu domicile dans l'économie et que la complication oculaire ne soit qu'une de ses nombreuses manifestations, il est presque toujours aisé de se reporter à l'origine.

Mais il est bien plus difficile d'expliquer sous quelle influence se produiront les accidents auxquels nous faisons allusion. Sommes-nous en présence de complications dues au transport de microbes dans le sang et à distance, ou leur cause est-elle due à l'action des toxines secrétées par les bactéries elles-mêmes, et agissant alors sur les tissus comme les agents figurés eux-mêmes ? Telle est la question.

Nous ne saurions sur ce point que nous rattacher aux opinions émises par M. Charrin.

« Les localisations du processus infectieux sont des plus nombreuses, elles dépendent de la nature du virus, de sa quantité, de sa qualité. Porte d'entrée, réaction de l'organisme etc. : chaque agent pathogène préfère un tissu, celui qu'il connaît, celui dans lequel il a vécu ; ordinairement les maladies virulentes sont locales, si l'on ne considère que l'agent pathogène ; ces agents se répandent exceptionnellement dans la circulation ; ils ne séjournent que passagèrement dans les artères ; ce qui se diffuse partout, ce sont les produits solubles, de nature bactérienne. Si tantôt ces agents demeurent cantonnés, dans une zone plus ou moins vaste, si tantôt

ils quittent cette zone, se disséminent, tantôt aussi on les voit se grouper dans un territoire d'étendue variable. La fièvre puerpérale débute parfois par une vraie septicémie. Le streptocoque circule au milieu des hématies, puis les accidents s'amendent le contenu des capillaires devient stérile, un abcès, un phlegmon se révèle. Ainsi les lésions sont ou généralisées ou locales ; les localisées peuvent se généraliser, les généralisées peuvent se localiser. En dehors de la distension des artérioles due à l'acte réflexe provoqué par les toxines, quelques-unes d'entre elles paralysent les centres constricteurs ; aussi se réalisent des congestions, des anémies etc. Les leucocytes qui s'échappent sont, en général, tous aptes à ingérer des microbes : il y en a qui dégènèrent ; mais d'autres se disposent de façon à former un rempart protecteur et contre les toxines et contre le poison. »

Les complications oculaires à distance peuvent donc être produites soit par les bacilles directement transportés par le courant sanguin, soit par les produits, les toxines secrétées par ces microbes, dont l'action se fait sentir soit pendant la période aiguë, soit pendant la durée de la convalescence.

Ces agents peuvent avoir une autre action : celle de favoriser la pullulation des germes différents de celui qui a produit l'affection primitive. « Il est donc permis d'expliquer les métrites, les abcès, ulcérations dans la période aiguë ou sur le déclin des pyrexies par l'intervention de ces agents d'infection secondaire ; cette pathogénie est celle d'une infinité de lésions des yeux, du nez, des oreilles d'autant plus que les corps bactériens tarissent les sécrétions glandulaires plus ou moins nuisibles aux microbes qui, fréquemment, atteignent ces organes. Les toxines interviennent aussi directement ;

il suffirait, s'il en était besoin pour le démontrer, de rappeler que Eraw a provoqué une violente inflammation du testicule en injectant une albumine extraite de culture gonococcique. »

En résumé, donc, l'irido-choroïdite venant se greffer sur une maladie infectieuse peut être due à trois ordres de facteurs : d'abord le microbe lui-même qui a produit l'infection primitive, en second lieu, les toxines secrétées par ce microbe, en dernier lieu, les infections surajoutées et favorisées par le microbe primitif. Il est inutile d'insister sur la rareté de la présence du bacille primitif dans les foyers secondaires ; il est possible également que, pour l'œil, l'infection se fasse à la fois et par les bactéries entraînées loin de leur foyer d'origine, et par les produits solubles bactériens.

Il y a lieu aussi de nous préoccuper de cette localisation spéciale sur le globe oculaire ; d'où vient par exemple qu'au cours de la blennorrhagie l'iris et le cercle ciliaire soient assez fréquemment le siège d'inflammation ? Nous savons la susceptibilité du tractus uvéal à s'enflammer sous l'influence de la moindre cause ; là donc le microbe et leur toxine trouveront un terrain tout préparé. La voie sanguine dans ce processus est le chemin direct par lequel le microbe gagne les régions oculaires, et la richesse vasculaire du tractus uvéal lui feront de cette zone un lieu d'élection pour son développement futur. Témoin la phlébite qui est une complication fréquente dans la convalescence. Il ne faut pas oublier non plus que cette région est un *locus minoris resistentiæ* toujours prêt à s'enflammer, à réagir ; et que la localisation en ce lieu des microbes pathogènes, l'action que possèdent sur cette région leurs toxines

s'effectuent pour la même raison que les bacilles tuberculeux se localisent sur les epiphyses des os.

Gayet explique ainsi cette localisation spéciale sur l'œil du processus infectieux : « Quand les germes infectieux pénètrent dans le corps, l'organisme tend à les éliminer et à s'en débarrasser. Les globules blancs s'en saisissent, les charrient vers les issues par lesquelles ils seront expulsés. Ces issues sont le plus souvent les reins, les glandes, quelquefois la peau et les muqueuses ; parfois enfin, ces microbes sont expulsés au sein des organes ; or parmi ces derniers, l'œil doit être un port spécialement choisi, car il est en communication avec les plus lointaines profondeurs de l'organisme et il est difficile de trouver des voies plus larges et plus mouvementées que celles qu'il offre à la marche de la lymphe. Or si les cellules lymphatiques courent avec elle, elles apporteront à l'œil des matériaux dont elles sont chargées et pourront l'infecter si ces matériaux sont infectieux. » (1)

Enfin, il faut rappeler que nombre d'auteurs expliquent cette localisation par le réveil d'une diathèse rhumatismale qui si fréquemment se fait tout d'abord sentir sur le tractus uvéal. (Puech)

(1) Gayet. *Eléments d'ophtalmologie*.

(2) Villard. *Arch. d'ophtalmologie*, 95.

(3) Puech.

PLAN ET DIVISION

Après avoir constaté la possibilité pour l'agent pathogène de se fixer dans l'œil et d'y amener des troubles semblables à ceux qu'il produit partout ailleurs, il nous faut énumérer les cas dans lesquels on a, le plus souvent, constaté sa présence, les maladies aux cours desquelles on l'a vu le plus fréquemment atteindre l'œil, comparer ces cas, et étudier les troubles, les lésions qu'il y a produits. Nous étudierons ces complications d'abord au cours des affections génito-urinaires, ensuite, dans les fièvres graves et les fièvres éruptives. Enfin nous donnerons un chapitre spécial à la forme d'irido-choroïdite due à l'infection générale de l'organisme par le streptocoque. Nous tâcherons de nous rendre compte des symptômes si variables d'une affection à l'autre, enfin nous terminerons notre tâche en nous occupant du pronostic, regrettant de ne pouvoir donner un plus grand développement au traitement, mais toutes les médications proposées jusqu'à ce jour ne laissent que peu d'espoir pour cette partie de notre travail.

CHAPITRE PREMIER

IRIDO-CHOROIDITE

AU COURS DES AFFECTIONS GÉNITO-URINAIRES

Nous avons réuni sous ce titre tous les cas que l'on a pu rapporter à une affection de cet appareil, bien qu'ils soient différentes les uns des autres par plus d'un point ; mais les organes génito-urinaires étant une porte d'entrée presque constamment offerte aux germes nombreux du voisinage, cette notion étiologique nous a engagé à décrire toutes les complications oculaires sous cette même rubrique.

Nous aborderons donc successivement l'irido-choroïdite cataméniale, utérine proprement dite, puerpérale, uréthrale et enfin blennorrhagique.

(A) IRIDO-CHOROIDITE CATAMÉNALE

Le travail de Cohn, la thèse de Gendron ont attiré l'attention sur cette variété de beaucoup la plus nombreuse et ont donné un grand intérêt à la question. Les observations sont multiples, et toutes arrivent à confirmer l'opinion que nous avançons que l'utérus dans ce cas, a toujours servi de porte d'entrée aux germes infectieux. Dans plusieurs cas, la démonstration a été complète, les troubles oculaires ayant disparu en même temps que l'affection utérine et sous l'influence du seul traitement antiseptique de la maladie utérine. Au mo-

ment des règles, comme le fait remarquer Trousseau (1), la muqueuse de la cavité utérine, sous l'influence de la congestion physiologique liée à l'ovulation, se plisse dans tous les sens, et subit une desquamation épithéliale dans le tissu musculaire sous-jacent, et de là, dans la circulation générale ; l'envahissement de l'organisme par les agents infectieux est particulièrement favorisé par cet état de la cavité utérine dont la muqueuse ne peut plus alors jouer le rôle de barrière protectrice vis-à-vis d'eux. M. de Wecker cite les observations suivantes :

OBSERVATION I

(DE WECKER. *Semaine médicale* 91).

Une jeune femme mariée depuis un an, sans être devenue enceinte, présente un iritis à rechutes très tenaces. On ne note chez elle ni antécédents spécifiques, ni trace de rhumatisme : aucune altération fonctionnelle n'a été notée. Toutefois cette femme n'a pas conçu, bien que son mari fût jeune et bien portant. Un examen au spéculum révèle une excoriation de l'aire de la matrice avec abondante suppuration au pourtour du col utérin.

Voici donc un cas dans lequel l'origine est indéniable, attendu que la porte d'entrée a été observée au cours de l'examen au spéculum.

OBSERVATION II

(DE WECKER. *Ibid.*)

C'est un cas dans lequel la présence d'une endométrite végétante réclamant le raclage et les cautérisations lui a été

(1) TROUSSÉAU. *Bull. de la Soc. d'opht. de Paris*, 94.

révélée par une irido-choroïdite avec infiltration parenchymateuse de la cornée, se déclarant quelquefois sur le second œil, mais d'une façon éphémère, lorsqu'on attaquait et désinfectait la muqueuse de l'utérus.

Ces deux malades n'ont été définitivement guéries qu'après désinfection complète des organes génitaux.

M. Trousseau rapporte un fait dans lequel l'utérus est nettement cause des accidents oculaires à l'époque des règles : l'irido-choroïdite se manifestait nettement au moment des règles, et disparut quand les règles furent suspendues, à l'époque même où la malade devint en ceinte.

OBSERVATION III

(TROUSSEAU. Bull. de la Soc. d'opht. de Paris).

Madeleine E..., âgée de 34 ans, avait joui d'une bonne santé jusqu'en 1886, époque à laquelle elle subit une violente attaque de rhumatisme articulaire aigu qui l'immobilisa huit à neuf mois environ. Elle ne présente les traces d'aucune autre affection, le cœur même paraît indemne. Elle a toujours eu des règles régulières et peu accidentées, malgré une endométrite qui détermina de l'écoulement catarrhal.

Il y a trois ans, n'ayant jamais souffert des yeux antérieurement, elle fut prise à gauche d'une iritis assez violente, mais très fugace qui apparut deux à trois jours avant les règles, et disparut au bout de cinq à six jours avant l'hémorrhagie menstruelle. A cette époque, le diagnostic d'irido-choroïdite avec hypopyon fut porté par un oculiste parisien, qui prescrivit l'atropine, le salicylate de soude, soupçonnant quelque diathèse rhumatismale.

Depuis ce moment, tous les mois, pendant vingt-huit mois, la malade a été atteinte de la même affection, soit un peu avant, presque toujours pendant, le plus rarement après

l'état cataménial. Quand la maladie a éclaté après les règles (deux fois seulement au dire de la malade) l'œil est simplement rouge sans la petite tache blanche (hypopyon) habituelle et a dérougi après quarante-huit heures et deux instillations d'atropine.

Quoiqu'obsédée par le retour des crises, Madeleine E... en avait presque pris son parti, lorsque celles-ci arrivent subitement, je dirai à quelle occasion.

Je vis la malade pour la première fois, le 13 juin 1887. L'œil gauche était rouge, injecté, à peine larmoyant, l'iris légèrement changé de couleur et tomenteux ; la pupille à demi dilatée par l'atropine était irrégulière et laissait voir sur la cristalloïde un léger piqueté, trace de synéchies rompues ; dans le corps vitré un peu trouble, nageaient quelques fins flocons.

Le cinquième inférieur de la chambre antérieure était occupé par un hypopyon très liquide se déplaçant au moindre mouvement de la tête. Il n'y avait ni douleur, ni photophobie ; la torpidité avait toujours été, et était cette fois encore, un des caractères de l'affection.

Interrogée, la patiente me raconta son histoire transcrite plus haut et se montra tout à fait désolée. En effet, elle se croyait à jamais débarrassée de sa maladie, qui n'avait pas reparu depuis huit mois, *époque à laquelle elle était devenue enceinte*, avec suppression des menstrues, et qui revenait avec ses caractères habituels exactement à la date où elle eût attendu ses règles si l'ovule n'avait pas été fécondé.

Je ne pus qu'ordonner l'atropine ; cinq jours après, l'œil avait repris son aspect normal, l'hypopyon s'était résorbé.

Le mois suivant, la malade accoucha à terme et fut soumise par l'accoucheur à une désinfection locale. Les suites de couches furent excellentes, le retour de couches s'effectua sans incident, mais, un jour avant l'apparition des deuxième règles, l'iritis revint avec le même hypopyon. Cette fois je pratiquai une ponction de la cornée et fis examiner le liquide

qui *n'offrit que les caractères morphologiques du pus ordinaire*, les inoculations d'essai ne purent lui faire attribuer un cachet septique particulier, ayant été suivies d'accidents bénins.

Le 4^e jour, l'œil avait repris son aspect accoutumé. J'engageai la malade à suivre un traitement particulier, préventif et lui conseillai de légers purgatifs, du naphtol et du sulfate de quinine à l'intérieur, des injections vaginales phéniquées. Je ne pus obtenir qu'elle allât subir un traitement et un examen chez un gynécologue qui eût modifié son endométrite ou tout au moins en eût précisé les caractères.

Le mois suivant, le 2^e jour, survint une légère injection de l'œil bien vite disparue sans traitement. Mais les quatrièmes règles depuis l'accouchement ramenèrent les phénomènes déjà observés, qui depuis ont reparu tous les mois sans qu'aucun traitement anti-rhumatismal (salicylate de soude) substitué au traitement antiseptique, eût plus d'action que celui-ci. Le mois dernier, je n'ai pas vu la patiente, qui semble s'être lassée de mes soins comme de ceux de mes prédécesseurs.

Noterai-je que les voies lacrymo-nasales, les paupières, la conjonctive, la cornée, étaient aussi saines que possible.

Plusieurs enseignements sont à tirer de ce cas si intéressant : d'abord l'époque régulière de l'apparition des troubles oculaires au moment des règles, ensuite la disparition de ces accidents pendant la grossesse, la persistance de cette disparition pendant et un peu après l'accouchement, enfin l'état général de la malade.

En premier lieu il n'est pas possible de nier l'origine infectieuse de l'affection, bien que l'examen du pus ait été fait sans résultat bien spécial : la seule présence de ce pus que l'on a pu recueillir dans la chambre antérieure nous le démontre surabondamment.

Quoi de plus logique, que de placer dans la cavité

utérine l'origine de tous ces troubles, bien que la malade se soit refusée à tout examen bactériologique ?

L'apparition des accidents oculaires était peut-être régie par des modifications dans la nature de l'écoulement ou simplement par l'état particulier de la circulation locale et générale pendant les règles. Les phénomènes épithéliaux et vasculaires qui se passent à ce moment dans l'utérus favorisent-ils l'absorption des produits septiques, donnant lieu à une infection minima ?

S. Cohn (1) a rapporté plusieurs cas d'irido-choroïdite puerpérale au moment des règles.

A l'état normal, le vagin, l'utérus contiennent de nombreux organismes, microcoques ou bactéries. Gendron (2), dans sa thèse rapporte que sur onze examens de mucus vaginal de femme saine, une fois il a réussi à retirer des cultures de streptocoques. Il y a donc lieu de penser que la maladie se développe dans bien des cas par auto-infection, sans qu'on soit obligé de faire intervenir une action étrangère. Ces microorganismes arrivent à infiltrer les parois utérines, et vont déterminer au loin des suppurations dans un autre organe.

Pendant les règles, la muqueuse de la cavité utérine se trouvant dans un état presque pathologique, congestionnée par la menstruation sera une proie facile pour les agents infectieux. Au moment des règles, l'orifice du col s'ouvre, et laisse ouverte cette voie qui était fermée aux germes qui pullulent dans le vagin et qui auront libre accès

Un fait qui vient de l'appui de cette façon de voir, est la disparition des accidents oculaires pendant la gros-

(1) COHN. *Uterus und Wuje*.

(2) GENDRON. *Th.* Paris.

sesse : on ne peut ne pas faire attention à cette particularité : dès que la muqueuse n'est plus périodiquement congestionnée, dès que le col ne s'entrouvre plus pour livrer passage aux germes, les causes de l'infection ont disparu, tout rentre dans l'ordre.

Mais bien plus, pendant l'accouchement, il semble qu'à cette époque surtout, les chances d'infection auraient dû devenir plus nombreuses ; au contraire, les lavages antiseptiques empêchent le développement des germes, et arrêtent, par conséquent toutes les complications à distance. Cette antisepsie qui a été faite du vagin exerce encore son action sur les périodes cataméniales postérieures, mais cette action diminue de plus en plus, et bientôt tout revient à l'état où étaient les choses avant la grossesse.

Ajouterons-nous que l'état rhumatismal de la malade la prédisposait à ces accidents ? Il nous semble que les conditions éthologiques sur lesquelles nous nous sommes étendu, suffisent bien à fournir une explication satisfaisante. Nous devons cependant faire remarquer que M. Dubois de Lavignerie a observé un cas dans lequel les mêmes époques menstruelles faisaient éclater des accidents oculaires de nature rhumatismale :

OBSERVATION IV

DUBOIS DE LAVIGNERIE. (Bull. de la Soc. d'opht. de Paris 90.)

Je donne mes soins à une jeune dame qui a eu, il y a deux ans une endométrite dont elle a guéri.

Depuis dix-huit mois, elle est atteinte à chaque époque cataméniale d'épisclérite, affection essentiellement rhumatismale ou de catarrhe conjonctival avec ou sans sécrétion.

M. Despagnet (1) a aussi l'occasion d'observer des cas semblables à celui de M. Dubois de Lavigerie. Il a observé en même temps que M. Troussseau un cas dans lequel une iritis coïncidait avec les époques cataméniales.

Les deux observations que nous avons rapportées de Wecker sont encore une preuve de plus apportée à notre manière de voir : en effet les accidents ont totalement disparu dès qu'une antisepsie fut instituée. Dans un cas, spécialement, une excoriation de la muqueuse servait de porte d'entrée aux germes, la cicatrisation de la petite plaie, amena une guérison complète, de même que dans l'autre cas, de simples lavages de la cavité vaginale amenèrent le même résultat dans un délai très rapide.

Cette périodicité régulière au moment des époques menstruelles pourrait être rapprochée de bien d'autres troubles de l'orgasme qui se produisent sous la même influence à ce même moment. Nous avons constaté à Santa Rosa (Colombie) une dame mariée depuis quatre ans, nullipare, bien portante du reste, mais qui tous les mois au moment de ses règles venait nous consulter pour un érysipèle de la face.

L'éruption durait quatre ou cinq jours, aussi longtemps que les règles, pour ne réapparaître que le mois suivant, en même temps qu'elles.

Nous ne croyons pas cette coïncidence être une rareté ; elle a été maintes fois décrite ; nous avons voulu simplement faire un rapprochement entre deux affections qui, par leur étiologie et leur caractère infectieux à l'une et à l'autre, offrent plus d'un point commun.

Avant de quitter ce sujet, nous devons insister sur l'importance qu'il y a de faire le diagnostic exact, sur-

(1) DESPAGNET. *Bull. de la Soc. d'opht. de Paris*, 90 p. 93.

tout au point de vue de la marche de la maladie ; malheureusement, ce diagnostic ne peut guère être fait que par élimination. Nous ne voyons en effet aucun caractère bien nettement pathognomonique de cette sorte de maladie.

Sa périodicité, l'âge de la malade, les antécédents pourront seuls nous mettre sur la voie. C'est donc aux symptômes étiologiques que nous devrions recourir, les signes cliniques ne pouvant que nous faire penser à une irido-choroïdite de forme banale.

Il n'est cependant pas sans intérêt et sans importance au point de vue de la gravité de pouvoir poser un diagnostic de ce genre.

Nous avons vu, en effet, que les cas rapportés par nous ont toujours consisté en une simple poussée d'irido-choroïdite bientôt suivie de guérison. Le côté sombre cependant de cette affection est dans ce retour périodique des accidents. D'autre part, quand il s'agit de personnes qui par leur constitution, offrent un terrain tout préparé, la poussée d'irido-choroïdite cataméniale peut devenir l'occasion d'une irido-choroïdite très grave, qui se terminera par des accidents bien plus graves.

Remarquons enfin que cette bénignité n'est pas toujours la règle ; la cause de cette variabilité dépend probablement de la virulence des agents de l'infection ; certains états de l'organisme contribuent pour beaucoup à favoriser cette virulence toute spéciale. Témoin le cas rapporté par M. Gayet ; nous savons du reste combien est variable la virulence du streptocoque par exemple ; nous reviendrons à la fin de notre travail sur cette question si intéressante.

OBSERVATION V

GAYET. Leçons d'ophtalmologie.

Le 8 décembre, entra à l'hôpital une jeune fille de 18 ans, qui présentait les symptômes d'un phlegmon de l'œil gauche. Interrogée, sur la cause de l'affection, elle raconta que le 1^{er} décembre, ayant ses règles, elle sortit le matin pour se promener dans le jardin, eut un grand refroidissement et fut prise le soir même d'une douleur violente dans l'œil gauche qui se gonfla, devint rouge et larmoyant ; depuis cette époque se déroulèrent les accidents propres à une irido-choroïdite suppurative. L'état général fut assez grave pour menacer l'existence. Le phlegmon évolua, détermina la fusion de la cornée, et le pus se fit jour au dehors. L'énucléation fut pratiquée alors : le pus futensemencé sur gélose et l'on obtint une culture caractéristique du staphylocoque auréus. Deux ballons Pasteur, contenant du bouillon stérile furentensemencés, et on inocula le quart d'une seringue de Pravatz dans l'œil gauche d'un lapin. Les accidents inflammatoires se présentèrent immédiatement : gonflement des muqueuses, troubles du milieu, etc. L'animal fut bientôt réduit à l'immobilité ; ses poils se hérissèrent et il mourut dans la nuit ; c'est-à-dire dix ou quinze heures après l'inoculation. Le pus recueilli dans l'œil, et le sang pris dans les veines,ensemencés dans la gélose, donnèrent une culture abondante de staphylocoques

La malade entra en pleine convalescence, quand on vit au niveau des piqûres de sangsues qu'on lui avait appliquées, une éruption furonculaire se présenter. On prit alors le pus et les nouveauxensemencements donnèrent sur les cultures les mêmes microbes staphylocoques auréus et albus trouvés lors de la suppuration de l'œil. On prit alors du sang du petit doigt et on l'ensemeca sur gélose : même résultat.

Cinq jours après, la convalescence étant plus avancée, on

fit un nouvel ensemencement de sang; la culture ne donna rien, et la guérison était complète.

Nous avons tenu à citer cette observation en cette place, étant donné que le début de la maladie a coïncidé avec un arrêt brusque des règles. Mais cette suppression pourrait bien n'avoir été que la cause occasionnelle dans l'évolution de la maladie dont la nature infectueuse ne peut laisser de doute dans l'esprit de personne. Il est bon cependant d'avoir de tels cas présents à l'esprit pour pouvoir se prononcer sur le pronostic qui doit-être, on le voit, réservé dans certains cas. Mais il y a eu là une infection générale de l'organisme dont l'origine était probablement antérieure à la suppression des menstrues.

(B). IRIDO CHOROIDITE PUERPÉRALE.

OBSERVATION VI

(INÉDITE).

Au mois de décembre dernier, M. Despagnet notre maître, était appelé aux environs de Saint-Germain auprès d'une malade. Elle avait eu un accouchement à peu près normal; cependant, les suites de l'accouchement ne l'avaient pas été: il y avait eu des pertes pendant assez longtemps; une angine grave était survenue trois semaines après l'accouchement, elle s'était aperçue que la vision de l'œil droit diminuait beaucoup, au point d'être à peu près nulle au moment de l'examen. Il fit le diagnostic d'irido-choroïdite, admettant l'accouchement comme cause de la maladie, et prescrivit des injections sous-conjonctivales de sublimé.

Un mois après nous revîmes la malade: le corps vitré était rempli de flocons nombreux, l'œil était inéclairable; de plus,

dans la partie inférieure on soupçonnait un assez grand décollement de la rétine. L'œil était en hypotomie.

Quelques temps après l'affection oculaire, notre malade fit du côté droit une phlegmasia alba dolens, qui, du reste, comme les accidents oculaires disparut assez rapidement.

Nous voici maintenant en présence d'une affection beaucoup plus grave que celle que nous avons étudiée dans le chapitre précédent. Il ne s'agit plus en effet, d'infection produite par des agents dont la virulence est très atténuée; nous sommes en présence de microbes qui ont déjà produit l'empoisonnement de l'organisme. Leur localisation dans un organe sera donc fatale pour lui.

En plus de cette virulence toute spéciale du microbe, il y a lieu d'insister sur l'état de faiblesse et de débilité dans lequel se trouve le sujet. Virulence du bacille, résistance faible de l'organisme, tels sont donc les deux facteurs qui sont en présence dans la lutte.

Voyons donc ce qui se passe le plus souvent :

Dans certains cas, l'évolution est des plus rapide, et la généralisation suit de près la première atteinte de l'œil. M. Gillet de Grandmont apporta un cas à la Société d'ophtalmologie.

OBSERVATION VII

GILLET DE GRANDMONT. Soc. d'opht. Paris, 94.

Appelé par un confrère auprès d'une nouvelle accouchée, qui perdait la vue, je constatai le trouble complet du corps vitré; j'estimai qu'il s'agissait d'une auto-infection puerpérale et priai le médecin de demander l'autorisation de faire une paracentèse. La malade ne souffrait pas encore du ventre; quand, quarante-huit heures plus tard, je revins pour prati-

quer l'opération, la malade avait succombé à une péritonite foudroyante.

Nous avons placé à dessein ce cas en regard de celui de M. Despagnet : en effet, dans le premier nous avons eu les manifestations de la virulence d'un agent qui s'atténuait de plus en plus ; début par une angine, manifestation grave, puis irido-choroïdite dans laquelle la purulence ne s'établit pas, enfin, phlegmasia alba dolens qui disparaît sans avoir laissé la moindre trace.

Dans l'observation de Gillet de Grandmont quelle différence : l'irido-choroïdite est à peine installée que la péritonite aiguë survient, emportant la malade.

Voici un autre cas dans lequel les accidents sont également allés en augmentant de plus en plus de gravité :

OBSERVATION VIII

KNAPP. (Archiv. fur. opht. Berlin 1867 XIII).

Eva V... accouche normalement le 24 octobre 1866 ; trois jours après, frissons, douleurs frontales, nausées, sensibilité à la pression au bas ventre quelques jours après, vomissements, délire.

Le 9^e jour après l'accouchement, douleur dans la région iliaque gauche, genou gauche gonflé et douloureux.

Au 16^e jour : œil droit douloureux, pupille rétrécie. La malade compte les doigts à 1 mètre. Œil inéclairable.

18^e jour. Hypopyon.

19^e jour. Chémosis, exophtalmie hypopyon ; la vision a complètement disparu. Le fond de l'œil est inéclairable ; le genou gauche est très gonflé.

22^e jour. C'est-à-dire six jours après le début de l'œil, l'impression lumineuse est détruite : il y a un hypopyon énorme.

Au 24^e jour, l'hypopyon diminue, il y a du frisson, du délire le genou gauche et l'épaule droite sont douloureux. Endocardite.

34^e jour : L'œil devient petit, mou, l'obstruction pupillaire est complète, l'iris est verdâtre, couvert par un exsudat.

36^e jour. Mort.

L'autopsie fut faite et on constata l'état suivant :

Il y avait des végétations sur les valvules de l'aorte des métastatiques foyers métastatiques dans les reins, des végétations dans l'intestin et périvaginite purulente. Thrombus de la veine cave inférieure de l'iliaque de l'hypogastrique ; de la crurale gauche ; inflammation purulente des deux genoux, de l'épaule droite. Irido-choroïdite purulente de l'œil gauche.

Nous reviendrons ailleurs sur ce cas dans lequel il y a lieu d'insister sur la multiplicité des accidents articulaires ; nous devons cependant faire remarquer la gravité extrême de l'infection qui se termina par une endocardite et dans laquelle l'irido-choroïdite revêtit un caractère particulièrement alarmant,

Notons la diminution progressive de l'acuité visuelle d'abord et de la perception lumineuse ensuite. Au 16^e jour, la malade comptait encore les doigts à 1 mètre et, au 22^e jour, toute perception lumineuse avait disparu. Cette particularité a une grande importance attendu qu'elle élimine complètement le diagnostic d'embolie des artères rétiniennes, auquel cas l'amaurose aurait été subite.

Dans le cas suivant, au contraire, l'amaurose a été instantanée.

OBSERVATION VIII.

(BADAL. Soc. d'opht. de Bordeaux, 1894.)

Une jeune femme de 20 ans se présente à la consultation sortant de son lit où elle était couchée depuis cinq mois, à la suite d'un accouchement suivi d'infection puerpérale. Elle était atteinte d'une arthrite purulente du coude gauche. L'œil était profondément enfoncé dans l'orbite diminué de moitié, et la cornée infiltrée laissait voir derrière l'iris un magma purulent.

La malade refuse l'énucléation et sort.

Bientôt une phlébite se déclare dans le membre inférieur gauche. Je constatai qu'il ne restait plus de l'œil qu'un moignon rudimentaire à gauche. La malade m'apprit alors que deux jours avant, le soir, elle avait brusquement *perdu la vue à droite* : La cornée avait perdu sa transparence, la tension s'était élevée et une panophtalmite se déclarait.

Il y a donc eu, en raison de la brusquerie, une embolie de l'artère centrale de la rétine et cette embolie microbienne fut le point de départ de la choroïdite.

La malade est morte peu après.

Cette tendance de l'infection à se localiser sur les yeux méritait d'être signalée : car il est bien difficile d'invoquer la sympathie pour expliquer que l'œil droit ait été atteint, d'abord à cause de la similitude du début et des symptômes, ensuite en raison de la rareté de cette complication. « Jamais, dit Axenfeld (1), on n'a observé d'affection sympathique consécutive à l'ophtalmie métastatique unilatérale, bien que l'œil phthisique ait été souvent le siège d'une récurrence caractérisée par la réapparition de douleurs nécessitant

(1) AXENFELD. Sur l'ophtalmie purulente métastatique au point de vue étiologique et pronostique (ENGELMANN id. LEIPZIG 1894).

l'énucléation. » Mieux vaut croire à une virulence particulière de l'agent pathogène pour expliquer l'évolution spéciale de la maladie dans ce cas.

Enfin, rapportons deux observations d'irido-choroïdite consécutives à des avortements :

OBSERVATION X

(PUECH. Soc. d'ophth. de Bordeaux, 1894.)

En 1877, je fus appelé auprès d'une tailleurse. État de prostration.

Je constatai un œdème marqué de l'œil gauche, du chémosis, de la protrusion du globe. La cornée était infiltrée, la chambre antérieure remplie par un hypopyon.

La malade mourut dans la nuit.

J'appris une année après qu'il y avait eu un avortement provoqué.

OBSERVATION XI

(RANCUREL. Th. Paris, 1893.)

Il s'agit d'une femme déjà mère de 10 enfants ayant toujours des grossesses normales. Cette femme eut un accouchement à six mois chez une sage femme en ville; elle fut transportée à l'hôpital pour pratiquer l'extraction du placenta retenu dans l'utérus. Cette délivrance artificielle ne put être pratiquée que 29 heures après l'accouchement. Il se produisit des accidents généraux septicémiques très violents à forme typhoïdique. On procéda à des irrigations continues et au curettage. Le 9^e jour débute une irido-choroïdite métastatique qui s'est terminée par une atrophie de l'œil; quelque temps après survint une phébite à début successif dans les membres inférieurs; enfin tous ces accidents cessèrent et la malade sortit guérie de l'hôpital.

M. Hirschberg (1) traça ainsi la symptomatologie de l'affection qui nous occupe :

« L'affection s'établit entre la seconde et la troisième semaine de la puerpéralité; il y a une perte subite de la vision, trouble de l'humeur vitrée et du fond de l'œil, et un ou deux jours plus tard, une inflammation interne de tout le tractus uvéal. L'exsudat se montre aussi dans le champ pupillaire, et on voit le pus dans la chambre antérieure. L'œdème conjonctival et l'injection périkeratique suivent l'amaurose ou s'établissent en même temps qu'elle. En dernier lieu viennent la protrusion du globe de l'œil et la restriction de ses mouvements. On peut voir après le trouble de la cornée sa rupture ou celle de la sclérotique qui sont suivies de l'atrophie de tout le globe oculaire à moins que la mort ne vienne plus tôt terminer la scène. »

En somme l'affection qui nous occupe revêt une gravité toute spéciale pendant la période puerpérale.

La même pathogénie du reste doit nous faire expliquer ces cas et ceux que nous avons cités d'irido-choroïdite cataméniale. L'infection se fait toujours par la muqueuse utérine avivée par les ruptures multiples créées par les traumatismes nombreux de l'accouchement. D'ailleurs il peut se faire, dans certains cas, que l'utérus serve de porte d'entrée et n'en reste pas moins indemne d'infection. Témoin le cas suivant :

OBSERVATION XII

(VALUDE. *Annales d'oculistique*, t. CXIII, p. 38.)

Il s'agit d'une femme de 40 ans sans antécédents pathologiques. Le 7 novembre elle était occupée à laver quand elle fut

(1). HIRSCHBERG. *American-Journal of obstetrique*, Wood, mai 1894.

prise d'une métrorrhagie abondante qui l'obligea à rentrer se mettre au lit. Les pertes durèrent 3 jours ; il n'y eut pas de signe d'infection utérine. Pendant ce temps, le 3 novembre, elle fut prise de douleur dans l'œil gauche qui devint gonflé et rouge, en peu de temps; il y eut de l'exorbitis, du chémosis. L'état général s'aggrava alors: abattement, nausées, vomissements. A ce moment, les pertes sanguines étaient arrêtées.

Je vis la malade 10 jours après ; je trouvai l'œil gauche en saillie, mais mobile et indolore ; donc il ne s'agit pas d'une affection rhumatismale ni inflammatoire de l'orbite. Je trouvai, de plus, un bourrelet chémotique d'aspect louche à la partie déclive de la conjonctive ; iris terne, gonflé et immobile, un peu projeté en avant ; chambre antérieure diminuée, et remplie d'un liquide louche ; la pupille, surtout apparaît avec une teinte jaunâtre qui ne laisse aucun doute sur l'état du vitré. Celui-ci est inéclairable et infiltré de pus, sinon transformé en un magma purulent. Il existe une réaction périkeratique très vive, ce qui explique les douleurs cyclitiques violentes ressenties par la malade. Le corps ciliaire est d'ailleurs excessivement sensible au toucher ; le tonus de l'œil est peu élevé.

La cornée est intacte et la conjonctive également ; il est impossible de trouver une porte d'entrée.

Il s'agit, en somme d'une irido-choroïdite purulente, d'un phlegmon de l'œil en voie d'évolution.

Traitement : vésicatoires à la tempe, onctions d'onguent napolitain, cataplasmes laudanisés sur les paupières.

26 novembre. L'œil n'est plus douloureux ; il est cependant encore rouge, mais la réaction périkeratique est moins intense. La pupille est toujours d'aspect jaunâtre, le corps vitré inéclairable ; la tension est plutôt abaissée.

Nous pouvons donc, avant de quitter le chapitre des manifestations oculaires de l'infection par la voie utérine, chercher à nous rendre compte de la variabilité qui existe dans la marche de l'affection, variabilité que l'on a pu constater par nos observations.

En effet, l'infection peut se produire de deux façons; nous l'avons dit dès le début, il peut y avoir transport direct de microbe par une embolie septique arrêtée au niveau des vaisseaux si étroits de la région ciliaire; elle aura donc deux effets dont l'un, subit, immédiat, et l'autre plus tardif. Le premier, de nature absolument mécanique est d'obstruer un vaisseau d'un calibre plus ou moins considérable, et de l'importance duquel dépendra l'étendue plus ou moins grande du champ visuel perdu; l'accident est alors subit, la malade tout d'un coup s'aperçoit de la perte de la vision d'un œil. Mais elles auront aussi pour effet de servir de véhicule au microbe qui, grâce à elle cheminera dans tout l'organisme, se fixera au point où elles seront arrêtés pour y pulluler et produire les accidents que nous avons décrits.

Mais il nous est difficile, cependant, de ranger dans la même catégorie de faits les cas dans lesquels la perte de la vision s'est faite progressivement. Elle s'est produite sous nos yeux, par exemple dans le cas de M. Despagnet. Il faut bien admettre alors une influence autre que cette action mécanique par laquelle nous avons expliqué les cas de cécité subite. Il faut alors que l'irido-choroïdite ne soit qu'une manifestation de l'empoisonnement général de tout l'organisme.

C). IRIDO-CHOROIDITE D'ORIGINE URÉTHRO-VÉSICALE

En 1888, M. le D^r Despagnet, à la Société française d'ophtalmologie, terminait un travail en admettant que les germes partant de l'urèthre avaient dû être transportés à l'œil par le torrent circulatoire. L'infection

lui semblait être la seule origine vraisemblable des accidents qu'il avait observés.

Cette manière de voir vient confirmer absolument tous les points que nous avons avancés au sujet de la propagation de l'infection dans les milieux oculaires.

L'urèthre, en effet, comme la vessie, peuvent être habitées par des germes qui, sous une influence quelconque, peuvent devenir virulents et produire une infection générale.

Nous avons pu réunir deux observations intéressantes qui sont la meilleure preuve de cette manière de voir.

OBSERVATION XII

(TROUSSEAU. Bull. de la Soc. d'opht. de Paris, 1894.)

M. X..., âgé de 66 ans, était atteint depuis 1860 d'un cataracte de la vessie : on a reconnu chez lui, en 1875, l'existence d'un rétrécissement de l'urèthre. Les premiers soins réguliers ne lui furent donnés qu'en 1879 et 80. De 1891 à 93 le malade s'était toujours sondé seul ; ses urines n'avaient jamais cessé d'être troubles, mais il n'avait pas ressenti de malaise sérieux lorsque, le 20 avril 1893, après un cathétérisme mal fait par lui-même, il fut pris d'un abcès du testicule dont la guérison fut régulière. En novembre 1893 il se confia à un spécialiste distingués, le D^r Desnos, qui institua un traitement régulier par les cathétérismes, les lavages boriqués et les instillations de nitrate d'argent.

Le 11 décembre, à la suite d'un sondage fait avec le numéro 37 Beniqué, qui amena une légère hémorrhagie, M. X... fut pris dans la nuit de frisson de fièvre. La température monta à 40° ; le sulfate de quinine fut administré et, au bout de vingt-quatre heures, la crise dangereuse était conjurée.

Le 23 décembre, l'œil droit rougit notablement, le 24 la vue commence à se troubler et, le 26, jeu sis appelé. Je constate que

l'œil est très injecté, qu'il existe un léger chémosis inférieur, que l'iris est changé de couleur, que la chambre antérieure contient une humeur aqueuse assez trouble, et qu'il y a, à la partie déclive, un petit hypopyon; le globe oculaire et les paupières restent d'ailleurs normaux. Les commémoratifs, l'état général du malade assez peu satisfaisants, me firent, porter le diagnostic d'iritis uréthro-vésical. Je prescrivis l'atropine, les compresses chaudes de sublimé, le sulfate de quinine et un purgatif salin. Le surlendemain, les phénomènes d'iritis étaient annulés, la pupille, quoiqu'irrégulière, était bien dilatée et l'hypopyon avait disparu. Toutefois le corps vitré était trouble. J'aurais d'une rapide guérison quand la scène changea, et survinrent des symptômes bien plus inquiétants. La conjonctive s'injecta de nouveau violemment, devint chémotique; l'œil sembla augmenter de volume dans toutes ses dimensions; les paupières s'œdématisèrent et devinrent rouges, et tendues, si bien que vers le 1^{er} janvier 1894, je craignais beaucoup l'apparition d'une panophtalmie, les symptômes alarmants ne faisant qu'augmenter. Néanmoins, il n'existait pas de vives douleurs locales. L'état général, quoique médiocre, n'empirait pas et, il n'y avait pas de fièvre caractérisée. La contradiction était flagrante entre d'une part, l'aspect de l'œil et des paupières, et de l'autre, l'absence de douleur et d'élévation de température.

Vers le 5 ou le 6 janvier, l'œil m'ayant paru faire saillie, étant assez dur au toucher, les paupières ayant gonflé davantage, je fus heureux de voir le malade, avec le Dr Abadie, qui ne se montra pas sans inquiétude sur la menace d'un phlegmon de l'orbite ou d'une panophtalmie, mais n'affirma pas formellement l'un ou l'autre de ces diagnostics. Il fut d'accord avec moi sur l'origine des accidents. Nous convinmes de l'utilité d'une intervention, si nous avions la main forcée.

Le 11 janvier les phénomènes réactionnels avaient atteint leur maximum et, en écartant les paupières avec difficulté, je reconnus, pas loin de la cornée, un peu au-dessus du muscle droit externe, la présence d'une petite tumeur fluctuante

bien limitée, à sommet jaunâtre. Je l'incisai et il s'écoula une petite quantité de pus séreux et odorant. Le stylet, promené le long des parois de la collection, me montra que celle-ci était nettement limitée et ne provenait pas d'une fusée venant de l'œil ou de l'orbite. Le 12, j'incisai un très petit abcès analogue, situé dans le voisinage de la cornée et au-dessous du droit externe. Le 13, j'en incisai un autre vers la partie moyenne du muscle droit inférieur. Je prescrivis des soins antiseptiques minutieux et, deux jours après la dernière incision, soit le 15 janvier, j'eus la satisfaction de voir tomber tous les phénomènes réactionnels : rougeur, gonflement des paupières, chémosis conjonctival, etc. Bref, la guérison ne tarda pas à s'affirmer et, de tout cet orage, l'œil ayant repris un aspect normal et une mobilité parfaite, il ne reste aujourd'hui qu'une transformation du corps vitré en une masse jaunâtre et un certain degré d'atrophie du globe.

Voici donc une très importante observation prouvant que l'infection peut avoir une origine uréthrale au même titre, et dans des conditions absolument identiques qu'utérines. Mêmes antécédents, symptômes presque semblable. Dans ce cas, surtout, il y a lieu de s'arrêter sur la porte d'entrée des germes dans l'organisme. porte d'entrée qui est très nette, absolument indiscutable ; c'est à la suite, en effet, d'un cathétérisme mal fait par le malade lui-même. Il n'est pas nécessaire d'insister sur tous les inconvénients de ces cathétérismes que les malades font eux-mêmes : possibilité des fausses routes, et surtout grands dangers d'infection, surtout quand il y a eu blessure de la muqueuse par l'instrument.

Remarquons, enfin, ainsi que le fait observer M. Trousseau, que les premiers accidents graves furent conjurés, et que ce ne fut que douze jours après que les accidents oculaires, se mirent à débiter. Y eut-il là transport de

germes à distance, empoisonnement de l'organisme ? Il est difficile de se prononcer ; on ne peut, dans tous les cas, ne pas remarquer les diverses particularités de cette belle observation : infection uréthrale initiale, premiers accidents qui s'annonçaient assez graves par un frisson et de la fièvre, conjurés ; et, enfin, treize jours plus tard, explosion de symptômes atténués.

Enfin M. Trousseau insiste sur « la marche ultérieure de l'affection qui commence par des accidents intra-oculaires et se termine par des abcès qui éclosent autour du globe sans que l'on puisse penser à une fusée venant de l'orbite ou de l'intérieur de la coque scléroticale ».

Il ajoute pour expliquer cette marche du globe oculaire à l'orbite : « On pourrait à la rigueur admettre une propagation de l'iritis purulente, premier phénomène constaté, déterminant une véritable lymphangite péri-oculaire à forme spéciale, et que je n'ai pas trouvé décrite avec de tels caractères, ou bien supposer que la même cause a produit des phénomènes infectieux d'allure dissemblable. »

Voici un autre cas du même genre observé par le Dr Brun et qui vient absolument à l'appui de notre thèse :

OBSERVATION XIV

(BRUN. Presse médicale du 30 décembre 1893.)

L'auteur a pu préciser que la poussée d'iritis, qu'il a observée chez le malade, était la sixième depuis sept ans, que chaque poussée était survenue en même temps qu'évoluaient des accidents urinaires dépendant en même temps d'un rétrécissement de l'urèthre. La poussée actuelle, qui s'était montrée

dans les mêmes conditions que les précédentes, et souffrant depuis quelques jours d'accès fébriles dus à son rétrécissement, le malade attendait l'apparition des troubles oculaires que son expérience déjà longue l'autorisait à prévoir.

Nous pouvons donc dès à présent conclure de ces deux observations : 1° qu'il existe des iritis et des irido-choroïdites de cause uréthrale; 2° qu'elles sont des iritis ou irido-chloroïdites infectieuses.

« De locale, ajoute M. Trousseau, une infection devient vite générale, toute la pathologie humaine est là pour le démontrer, et l'infection, devenue générale, peut à son tour déterminer en divers points, des accidents purement locaux. »

N'oublions pas d'ajouter, en terminant ce chapitre de notre sujet, que les accidents oculaires furent d'une gravité fort atténuée; les phénomènes fébriles douloureux, en particulier, furent de fort peu d'intensité. Il semble que la gravité moindre de l'infection générale ait dans ce cas réglé la gravité de l'infection locale. Nous n'émettons là qu'une simple vue toute théorique; cette réflexion cependant est suggérée par l'examen un peu attentif des cas que nous avons rapportés.

CHAPITRE II

IRIDO-CHOROÏDITE BLENNORRHAGIQUE

Nous voici cette fois en face d'une affection bien connue, retracée à plusieurs reprises par différents auteurs, mais dans laquelle il est plus qu'ailleurs encore difficile d'établir la part de l'infection. En effet, la blennorrhagie est une affection locale, mais qui ne tarde pas à envahir tout l'organisme au point de provoquer des manifestations articulaires. Quel est alors son rôle dans l'affection oculaire ? Agit-elle directement sur le cercle ciliaire, ou ne doit-on voir dans les accidents oculaires qu'une manifestation rhumatismale ? La difficulté est donc de préciser, étant donné un cas d'iritis, quelle est la part de la gonorrhée, quelle est la part qui se trouve sous l'influence du rhumatisme. Les auteurs sont encore partagés sur ce sujet ; l'opinion générale, cependant, est que l'iritis gonorrhéique est une forme différente de l'iritis inflammatoire. Cette iritis dans ses symptômes, dans son évolution, a des caractères spéciaux.

Une particularité sur laquelle on ne saurait trop insister, c'est la guérison complète, toujours sans traces, que l'on observe après la maladie.

Elle diffère de la forme rhumatismale par son invasion subite et sa nature plastique moins prononcée. Cela montre une très singulière prédilection d'alterner ou de suivre les attaques de rhumatisme du genou. Généralement, l'iritis gonorrhéique disparaît vite sous l'influence du traitement, et sans laisser de synéchies,

et qui montre son manque de plasticité. Sa nature rhumatismale est démontrée par sa tendance aux récidives, même quand il ne reste pas de synéchies après la première attaque. Duplay et Reclus disent : « On a observé pendant longtemps que les cas d'iritis se présentent chez des individus qui ont eu des symptômes d'arthrite après la gonorrhée. » Voici un cas que nous avons eu l'occasion d'observer à la clinique du Dr Despaquet.

OBSERVATION XV

(Inédite. Dr DESPAGNET.)

Affection oculaire depuis cinq ans. Il y a huit ans, le malade a eu une blennorrhagie, il eut un écoulement verdâtre abondant, tachant beaucoup le linge. L'écoulement persista, étant peu soigné, et il y eut après trois mois des accidents articulaires. Les petites articulations du pied furent prises les premières, puis celles des jambes ; il y eut peu de gonflement, mais les douleurs furent très vives. Aucune amélioration par le salicylate.

Cet état dura cinq mois ; après deux mois pendant lesquels le malade dut garder le lit, il y eut un peu de mieux, le malade marcha, puis eut un nouvel écoulement et une nouvelle poussée de rhumatisme. Après cette rechute, les douleurs étant moins vives, il put se lever.

Après guérison complète du rhumatisme, une nouvelle poussée uréthrale se produisit, elle dura très longtemps avec des intermittences, l'écoulement se reproduisant au moindre excès ; c'est alors que débuta la maladie oculaire, il y a deux ans.

Elle s'installa brusquement par de légères douleurs orbitaires, frontales ; l'œil était rouge, la vision avait beaucoup baissé ; le malade ne peut donner d'autres renseignements.

Le diagnostic iritis blennorrhagique fut porté par un ocu-

liste de Rouen, qui lui ordonna des instillations d'atropine ; l'affection dura deux mois, la guérison fut complète, mais la vision resta un peu diminuée.

La blennorrhagie continua alors à l'état de goutte le matin.

Il y a quatre jours, l'œil redevint subitement rouge, larmoyant, photophobe ; les douleurs frontales et périorbitaires reparurent assez vives. L'œil pleure abondamment et la vision est presque abolie.

On constate : injection de la conjonctive surtout périkeratique ; pupille petite un peu déformée en haut, réagissait à la lumière ; sur le champ pupillaire, il y a un exsudat ; œil inéclairable.

Traitement : atropine, onctions d'onguent napolitain belladonné : *enfin opiats, copahu, cubèbe.*

Quatre jours après, il y avait un épanchement de sang dans la chambre antérieure.

Opiats et régime lacté.

Les jours suivants, les douleurs diminuèrent, l'injection devint moins vive, le sang de la chambre antérieure se résorba.

La vue commence à être moins trouble.

Le 12 mars, c'est-à-dire dix jours après le début de la maladie oculaire, le malade ressentit des douleurs articulaires dans la 2^e articulation du 5^e métacarpien de la main droite ; il y avait un léger gonflement de la région.

Nous revîmes pour la dernière fois le malade le 5 mars. Il n'y avait plus trace de sang ; le malade compte les doigts à 0 m. 25 ; on ne peut pas éclairer le fond de l'œil, il y a un exsudat.

Plus de douleurs articulaires.

Récemment cependant, M. Despagne a signalé la présence d'iritis sans arthrite. Cette dernière condition, cependant, nous semble exceptionnelle. Fuchs dit que l'iritis gonorrhéique se développe dans les cas où la

gonorrhée a produit une infection générale, cela semble se rapporter au cas de rhumatisme articulaire aigu. L'articulation du genou peut être attaquée par une inflammation qui peut émigrer à une autre jointure. Les complications cardiaques peuvent même se présenter. Cette maladie ressemble au rhumatisme gonorrhéique. L'iritis ne s'établit qu'après l'éclosion de l'arthrite; elle attaque souvent les deux yeux, d'une façon semblable à la lésion gonorrhéique des jointures. Comme la variété rhumatismale d'iritis, elle a des recrudescences fréquentes, en même temps que lesquelles il est fréquent d'observer un réveil de l'inflammation uréthrale ou une récurrence de l'inflammation articulaire. Dernièrement Lastly (1) a écrit : « L'iritis gonorrhéique n'accompagne pas ni ne suit pas immédiatement la blennorrhagie, mais une attaque articulaire du genou souvent l'accompagne. La maladie est très rare; ainsi, la connexion qui existe entre le rhumatisme et l'iritis après la gonorrhée, est démontrée par le fait que l'iritis suit très souvent les symptômes arthritiques; en somme, l'expérience nous apprend que l'iritis ne se présente qu'après l'apparition d'une inflammation articulaire.

OBSERVATION XVI

By H. PERCY DUNN. (British Medical Journal, décembre 1895.
F. R. C. S. London Hospital.)

M. S..., âgé de 25 ans, vint me consulter pour une iritis aiguë qui avait commencé il y avait de cela trois jours. Douze ou quinze mois auparavant, le malade avait eu une blennorrhagie et avait beaucoup souffert d'une arthrite blennorrhagique. En lui demandant de tirer la langue, il répondit : Il y a six mois que je n'ai pas pu faire une chose semblable; il

(1) LASTLY. British. med. Journ., 1894.

avait une ankylose de l'articulation temporo-maxillaire, qui permettait à peine de passer la pointe de la langue entre les arcades dentaires. Le globe oculaire était injecté, la pupille réduite et immobile, et le malade accusait de fortes douleurs.

Le malade eut une rémission sous l'influence d'un traitement : mais quelque temps après il revint, se plaignant d'avoir perdu la vision de l'œil gauche.

En l'examinant, je trouvai dans la chambre antérieure un épanchement sanguin abondant. Une adhérence avait probablement causé l'hémorrhagie. Après un traitement de quelques jours par des cataplasmes émollients, au bout de trois semaines, l'œil était normal, la pupille régulière et libre. J'ai trouvé que la douleur qui accompagne l'iritis et spécialement l'iritis rhumatismale est soulagée par la chaleur humide.

Dans l'iritis et l'irido-choroïdite blennorrhagique, donc, affection dans laquelle on ne peut nier l'origine infectieuse, il y a beaucoup à insister sur la guérison presque toujours complète que l'on obtient. Morax a insisté sur cette particularité et, pour appuyer sa manière de voir, il cite 3 observations :

OBSERVATION XVII

(ZIMMERMANN. *Klin. Monats. f. Augenh.*, fév. 95, p. 45.)

Le malade, un matelot âgé de 29 ans, a été atteint à trois reprises différentes de blennorrhagie uréthrale. Trois semaines après la 2^e atteinte, il a présenté un rhumatisme blennorrhagique polyarticulaire qui l'a tenu alité pendant quatre mois et demi. La 3^e atteinte, qui s'est produite il y a trois ans, fut aussi suivie par des troubles articulaires d'une durée de deux mois. Actuellement, il y a un rétrécissement uréthral. Zimmermann ne nous dit pas s'il existe de l'uréthrite chronique.

Le 10 octobre 1894, l'œil droit devint sensible et injecté. Le lendemain les paupières sont tuméfiées; les phénomènes douloureux augmentent, déterminant une insomnie complète.

Le 15 octobre, l'examen ophtalmoscopique fait constater un gonflement très marqué des paupières, du chémosis; la cornée est un peu trouble, l'iris est décoloré, la pupille est contractée, elle est le siège d'un exsudat grisâtre. Un hypopyon léger occupe la partie inférieure de la chambre antérieure. La tension oculaire est normale. On n'éclaire pas le fond de l'œil. Le malade perçoit à peine les mouvements de la main à quelques centimètres de l'œil.

On instille de l'atropine et on fait une injection sous-conjonctivale de 1/10 de milligramme de sublimé. Dès le lendemain, il se produit une amélioration considérable. Le malade compte les doigts à 5 mètres. L'hypopyon s'est résorbé, la pupille est dilatée, on n'éclaire pas encore le fond de l'œil. Les douleurs ont diminué, mais la pression sur la région ciliaire est encore sensible. L'amélioration persiste le surlendemain 17 octobre. Le 18 octobre, l'état s'est aggravé, le malade ne compte plus les doigts, les douleurs et l'insomnie ont reparu. On reprend à partir de ce jour les injections sous-conjonctivales de sublimé, les instillations d'atropine et le salicylate à l'intérieur. Le 22 octobre, l'amélioration est manifeste et va en s'accroissant les jours suivants. Le 27 octobre, on commence à percevoir le fond de l'œil. Le 4 novembre, on fait la II^e injection sous-conjonctivale. Le 3 décembre, il ne reste plus que quelques synéchies et des dépôts pigmentaires sur la capsule antérieure. Les exsudats du corps vitré ont disparu. Le 8 décembre, l'acuité est normale.

L'auteur attribue la guérison aux injections sous-conjonctivales de sublimé exclusivement; on ne peut s'étonner cependant de la rapidité de la guérison dans ce cas, qui fut complète dans très peu de temps. Voici une autre observation du même genre :

OBSERVATION XVII

(MORAX. An. d'Oc. t. CXIV, p. 242.)

M. M..., 43 ans, se présente le 13 mars 1895, se plaignant de perte de la vision dans l'œil gauche. Nous constatons un gonflement assez marqué des paupières que le malade en-trouve difficilement. La cornée est un peu trouble, la con-jonctive présente un fort degré de chémosis. L'iris est légè-rement décoloré, épaissi. La pupille est contractée. Un hypo-pyon peu abondant occupe la partie inférieure de la chambre antérieure. Le corps vitré est complètement trouble et l'on ne parvient pas à éclairer le fond de l'œil. La pression sur le globe oculaire est douloureuse, et la tension est normale. Le malade est atteint d'irido-choroïdite suppurative. Quant à l'étiologie de cette affection, voici ce que nous apprennent ses antécédents :

Santé générale toujours à peu près bonne. A 26 ans, il a constaté sa première blennorrhagie qui a guéri en quelques semaines sans complications.

A 41 ans, deuxième blennorrhagie qui, cette fois, se com-plique, un mois après le début, de rhumatisme blennorrha-gique poly-articulaire d'abord, puis localisé aux articulations tibio-tarsiennes, qui l'oblige à rester alité pendant trois mois. Quelques semaines après sa sortie, une rechute le ramène à l'Hôtel-Dieu. Le salicylate de soude et le salol ont été sans action sur les phénomènes articulaires.

Depuis deux ans, le malade n'a pas eu de nouvelles pous-sées aiguës articulaires, mais il se plaint de temps à autre de douleurs passagères dans les articulations des pha-langes.

Il a conservé de sa dernière blennorrhagie un rétrécisse-ment urétral et une urétrite chronique blennorrhagique. Il a remarqué de temps en temps la réapparition d'un léger écoulement purulent matinal.

Le trouble oculaire actuel a débuté le 2 mars 1895. Au réveil

l'œil était injecté et, dans la journée, la vision s'est troublée considérablement.

Ce trouble paraît avoir débuté sans cause provocatrice, bien que le malade l'attribue à un coup reçu huit jours auparavant, sur la région temporo-pariétale gauche.

En même temps que la perte de l'acuité visuelle, le malade a ressenti de violentes douleurs au niveau de l'œil, du front et des tempes. Pendant cinq nuits consécutives, il n'a pas dormi, puis les phénomènes douloureux ont été moins continus, mais la vision n'a pas reparu. C'est pour cette raison qu'il vient consulter.

Au point de vue étiologique, on était en droit de supposer une irido-choroïdite blennorrhagique et d'établir un pronostic favorable.

On prescrit un collyre à l'atropine et du calomel à l'intérieur.

Le lendemain du jour où le malade s'est présenté à la clinique, les phénomènes douloureux ont disparu et la vision a commencé de s'améliorer légèrement. Le surlendemain, la perception visuelle s'était notablement améliorée et, depuis lors, elle n'a fait que s'accroître. L'hypopyon se résorbe en même temps et la pupille se dilate assez bien.

Le 19 mars, on constate que le gonflement palpébral a disparu ainsi que le chémosis. Il ne persiste qu'un très léger degré d'injection périkeratique. La pupille est dilatée. Quelques synéchies et quelques dépôts pigmentaires sur la capsule antérieure. On éclaire le fond de l'œil, mais les détails en sont encore peu nets par suite du trouble du vitré. La tension est normale. La pression sur la région ciliaire est encore un peu douloureuse. Le malade compte les doigts à 4 mètres.

Le traitement suivi a consisté uniquement en instillations d'atropine. Le malade n'a pris que 2 cachets de calomel de 5 centigrammes.

Le 23 mars, le malade se sent fort bien et n'accuse plus aucun phénomène douloureux. Le trouble du corps vitré s'est très notablement éclairé. L'acuité visuelle est de 5/50.

Le 6 avril, l'acuité s'était même notablement améliorée $V = 5/15$. Depuis cette époque, nous n'avons malheureusement peu revu le malade, et il ne nous a pas donné de ses nouvelles.

Dans cette observation, l'origine blennorrhagique de l'iritis n'est pas douteuse; il y a eu antérieurement des accidents de rhumatisme blennorrhagique; et, chose à signaler, le malade est atteint sans cause appréciable de troubles de la vision avec phénomènes douloureux et réactionnels aboutissant *en vingt-quatre heures* à une cécité presque complète. Les phénomènes douloureux persistent pendant cinq à six jours, puis disparaissent insensiblement, tandis que le trouble visuel ne se modifie pas. On constate alors des symptômes d'irido-choroïdite suppurative. Douze jours après la perte de la vision, il se produit très rapidement une amélioration manifeste qui s'accroît progressivement. Un mois après le début de l'affection, l'acuité était revenue au tiers de la normale.

Il y a lieu de remarquer la rapidité de la perte de la vision, les symptômes douloureux, enfin le retour complet à la vision.

Rauschenbach a publié une observation qui offre les plus grandes analogies avec celles que nous avons citées :

OBSERVATION XIX

(RAUSCHENBACH. Klin. Monats fur Augenheilkunde, sept. 1894, p. 289.)

Le malade âgé, de 52 ans, a eu des atteintes de rhumatisme (la nature des accidents articulaires n'est malheureusement pas indiquée). Le 3 janvier, l'œil droit devient douloureux et très rapidement la vision se perd presque complète-

ment. Les phénomènes douloureux ont persisté pendant six jours environ puis se sont atténués. Le trouble visuel a persisté.

Le 11 janvier, on note la tuméfaction des paupières de l'œil droit, du chémosis conjonctival. La cornée est légèrement troublée. L'iris est décoloré, la pupille irrégulière est occupée par un exsudat. Un hypopyon peu considérable occupe la partie inférieure de la chambre antérieure. On n'éclaire pas le fond de l'œil. Le traitement consiste en scarifications répétées de la conjonctive, en lotions au sublimé, en applications chaudes et humides. Le 13 janvier, la vision commence à s'améliorer. Le 16, l'hypopyon s'est résorbé et l'on commence à éclairer le fond de l'œil. L'amélioration va en s'accroissant et un mois après, l'acuité est égale à 1/2.

Tous ces faits nous prouvent donc que la guérison est pour ainsi dire toujours spontanée. C'est du reste l'opinion de tous les auteurs ; on ne peut en effet attribuer aux traitements qui sont en somme les mêmes que dans les autres formes d'irido-choroïdites, les guérisons que l'on obtient dans cette maladie. Il faut que l'on soit en présence d'une affection spéciale, d'un processus particulier, d'un agent d'une virulence très atténuée pour que ses manifestations aient ce caractère de gravité beaucoup moindre que dans les articulations, par exemple :

« Il me semble beaucoup plus logique d'admettre, dit Morax (1), que cette forme d'irido-choroïdite suppurative qui s'observe au cours de la blennorrhagie chronique est essentiellement et généralement bénigne, et que sa terminaison naturelle est la guérison. Je ne veux pas m'arrêter sur la nature de l'infection. Il est probable, en raison de sa bénignité et de son évolution

(1) MORAX, *Annales*, 1895.

spéciale, qu'il s'agit d'une localisation gonococcienne ; mais je n'insiste pas puisque aucun examen n'a été fait, et je tiens seulement à attirer l'attention sur cette forme d'irido-choroïdite qui, au point de vue clinique présente des caractères évolutifs très spéciaux. En résumé, si on constate un écoulement urétral très aigu, on pourra sans crainte rassurer le malade et prévoir l'évolution de l'affection. »

A côté de cette opinion, nous devons citer celle de Bull, qui ne partage pas l'optimisme de M. Morax :

« Cette forme d'irido-choroïdite peut se rencontrer comme complication de l'urétrite quand celle-ci est accompagnée d'arthrite. Elle se distingue par son apparition brusque, sa rapidité d'évolution et l'acuité de ses symptômes. L'exsudat qui envahit tout le tractus uvéal et les deux chambres est de nature plutôt séreuse. Cette affection peut se terminer par la perte de l'œil.

« Pourtant, les symptômes s'amendent insensiblement, jusqu'à *restitutio ad integrum*. L'auteur cite 2 observations où les sangsues, les fomentations chaudes, les instillations d'atropine, de cocaïne, l'administration de salicylate de soude et KIO ont amené la guérison.

C'est l'opinion de Leber (1) qui explique les troubles oculaires par la pénétration de gonocoques dans le courant circulatoire et leur fixation dans les membranes vasculaires de l'œil. »

M. Marcel Sée, dans un récent article, résume ainsi la question de la généralisation du gonocoque dans l'organisme :

« Nous nous trouvons en présence de plusieurs théories, une mixte, celle de Joui, qui croit à une infection

(1) *Annals of opht. and. ot.* 1893.

mixte par les pyogènes se substituant au gonocoque dans les arthrites graves, une théorie uniciste, une théorie d'infection secondaire de Guyon, Gerheim, etc.; la théorie actuelle qui tend à prendre en considération l'action des poisons. »

Petrone, Kamerer, Heurtetoup, Vuzenurski, Lendemann, Stern, ont trouvé les gonocoques dans les arthrites blennorrhagiques; Sobotka l'a trouvé associé au streptocoque.

Widal, Guyon, Janet et Roux n'ont pas trouvé de gonocoques dans les cas observés par eux; d'où l'opinion de Guyon et Janet qui incriminent les ptomaïnes.

Wertheim a vu les gonocoques jusque dans les capillaires de la sous-muqueuse, et a tâché, par conséquent, d'expliquer la généralisation par la voie sanguine; dans l'œil, on l'a vu dans la cornée, l'iris et la chambre antérieure.

Frisch a vu dans le rectum le microbe s'étendre jusque dans la musculieuse.

Nous pouvons donc conclure :

Que les infections secondaires sont responsables des nombreuses complications tant proches qu'éloignées de la blennorrhagie ;

Que le gonocoque peut franchir les limites de l'organe inoculé et causer un grand nombre des complications dues à sa diffusion ;

Que le rôle des toxines est à démontrer.

CHAPITRE III

IRIDO-CHOROÏDITE DANS LES FIÈVRES GRAVES

Nous nous sommes occupé dans les pages qui précèdent des cas dans lesquels l'infection *locale, d'abord*, (irido-choroïdite cataméniale, puerpérale, uréthrale, blennorrhagie) est devenue générale, pour ensuite se localiser à nouveau sur un seul organe, le globe oculaire. Nous devons maintenant aborder l'étude des cas dans lesquels l'infection est *d'emblée générale*, et devient locale ensuite par la complication oculaire.

Les maladies infectieuses, les fièvres graves, nous en offriront des exemples avec des degrés dans la fréquence.

Selon Mackensie, cette fréquence est assez variable : par exemple, tandis qu'on l'observe dans la fièvre typhoïde, elle est exceptionnelle dans le typhus exentématique et plus fréquente dans la fièvre récurrente.

Dans les fièvres graves, l'œil est envahi par la voie des vaisseaux sanguins, tandis que dans les diverses névrites optiques c'est par la propagation d'une maladie cérébrale altérant la constitution du liquide céphalo-rachidien, l'infection suit les voies lymphatiques et n'est jamais pyogène.

La cyclite est une complication de la période d'état ou de la convalescence. Elle est loin de se présenter et d'évoluer comme la cyclite classique, traumatique banale : elle en diffère par l'acuité moindre des douleurs qui peuvent même manquer tout à fait. « Il semble

alors que la glande ciliaire excrète sès produits d'infection sans participer à l'inflammation dans son parenchyme même ; que son épithélium soit seul altéré, en un mot qu'elle laisse pleuvoir le leucocyte dans l'humeur aqueuse et le corps vitré ; comme coïncidence habituelle, le rein laisse pleuvoir l'albumine. Elle en diffère aussi par la teinte mauve de l'injection du globe ; le réseau ténonien et conjonctival reste inaltéré. Elle en diffère par sa terminaison qui peut être très favorable ou du moins compatible avec la conservation de l'organe (1) ». Tandis qu'une cyclite suppurée de cause exogène, entraîne toujours pour le moins l'atrophie du globe.

Dans cette évolution du microbe dans l'organisme, quel est le rôle exact de l'agent primitif ? « Actuellement, dit M. Charrin, on tend à admettre que les bactéries se prêtent un mutuel appui : un premier groupe ouvre la brèche par laquelle vont passer les parasites qui végétaient aux alentours, la maladie primitive appelle la maladie seconde. »

C'est en partie pour cela que peut s'expliquer que des microbes qui ne font pas habituellement du pus, paraissent acquérir cette propriété dans des conditions spéciales (parasites de la dysenterie, bacille de Koch, etc.).

Pour cette même raison également nous ne pouvons, d'après le microbe primitif, juger de la gravité plus ou moins grande de l'infection, car outre la variabilité dans la virulence, il y a toujours à tenir compte des infections secondaires qui transforment l'aspect de la maladie.

(1) DI-NGUX.

1^o FIÈVRE TYPHOÏDE

En premier lieu nous nous occupons des fièvres typhoïdes à cause de la fréquence plus grande des complications oculaires dans cette affection. En effet, toutes les parties du globe sont menacées par la dothiéntérie : ulcérations cornéennes, hémorrhagies du vitré, névrite optique, enfin iritis et irido-chroïdite: rien n'est épargné.

Devons-nous voir-là une prédilection particulière du bacille d'Eberth pour l'organe qui nous préoccupe ? Il n'y a pas de raison militant en faveur de cette opinion ; en effet cet agent infectieux, à la période de convalescence envahit tous les vaisseaux : il est naturel que l'œil ne soit pas respecté.

Mais bien plus : certains auteurs (1) se sont attachés à démontrer que ce n'était pas le bacille d'Eberth, mais les agents habituels de la suppuration qui, le plus souvent, donnent lieu aux abcès que l'on voit survenir au déclin de cette maladie.

Nous ne pouvons oublier cependant la si intéressante observation de Gillet de Grandmont qui trouva le bacille d'Eberth dans le liquide de la chambre antérieure et le cas de M. Panas (2) où il y eut une suppuration d'un ancien angiome fibromateux de l'orbite au cours d'une fièvre typhoïde et la collection contenait exclusivement du bacille d'Eberth.

Voici d'ailleurs l'observation de Gillet de Grandmont.

(1) BRIEGER et ROSSEINBACH, citer par Charrin dans le *Traité de Pathologie Générale* de Bouchard.

(2) *Thèse* de Rancurel, p. 9, 1893, Th. Paris.

OBSERVATION XIX.

(GILLET de GRANDMONT, Archiv. d'ophtalmologie, 1892.)

Un jeune homme m'est adressé comme convalescent d'une fièvre typhoïde qui s'est compliquée d'hépatite et de néphrite albumineuse. Le malade présentait à l'œil gauche une iritis avec synéchie postérieure et hypopyon. Acuité faible, œil droit normal.

Je pratiquai une ponction et ensemençai un tube d'agar ; j'obtint ainsi une culture qui me donna tous les caractères distinctifs du bacille d'Eberth. Une petite quantité de cette culture fut injectée dans le corps vitré d'un lapin : le corps vitré devint trouble. Huit jours après, il avait recouvré sa transparence.

Au bout de trois semaines, je sacrifiai l'animal, et je trouvai les intestins infiltrés de ce même bacille.

2° FIÈVRE RECURRENTE.

Au même titre et de la même façon que dans la fièvre typhoïde, l'irido-choroïdite peut se présenter au cours de la fièvre récurrente.

« L'irido choroïdite, dit Berger, est fréquente dans la convalescence de la fièvre récurrente ; l'amaurose qui survient dans la fièvre recurrente peut se présenter indépendamment de la choroïdite qui ordinairement s'observe pendant la convalescence, tandis que l'amaurose se présente ordinairement entre les accès. »

Cette affection est d'une nature nettement infectieuse et, à ce titre, elle produit les mêmes accidents que la fièvre typhoïde.

3° INFLUENZA

Cette même étiologie infectieuse nous fait placer dans le chapitre des irido-choroïdites dans les fièvres graves, l'irido-choroïdite de l'influenza. Cette manifestation au cours de la grippe épidémique n'est pas des plus fréquentes ; elle a été cependant observée à plusieurs reprises ; beaucoup plus rare que la nèvrite optique, elle n'en constitue pas moins une des complications possibles de l'influenza, aussi devons-nous lui réserver une place dans notre travail.

M. Huber a fait desensemencements dans le sang qui sont restés infructueux : d'où il conclut que l'état morbide des malades atteints d'influenza est provoqué par l'intoxication plutôt que par l'infection.

On tient de plus en plus à admettre l'existence du bacille de Pfeiffer.

D'après Pfeiffer et d'autres observateurs, l'organisme atteint d'influenza devient très favorable au développement du pneumocoque et d'autres microbes.

Parmi plusieurs observations citées dans la thèse de M. Desbrières nous en avons recueilli deux qui semblaient d'un intérêt spécial.

Avant de les citer, nous devons faire remarquer combien, au cours de cette maladie, l'irido-choroïdite devient grave, la terminaison par phlegmon et par atrophie étant la règle. Notons aussi l'existence de douleurs très vives.

OBSERVATION XX.

(DESBRIÈRES. Th. Paris, 1890.)

M. M..., 33 ans 12 février 1846 service de M. Panas. Influenza depuis trois semaines, bronchite, courbatures, céphalalgie, avec symptômes pulmonaires digestifs. État général grave, température élevée.

L'œil droit est très exorbitique ; les mouvements limités. Il y a du chémosis sérieux très intense ; de l'œdème palpébral.

L'humeur aqueuse est trouble, la pupille déformée. Le fond de l'œil est inéclairable ; seule la perception lumineuse existe.

L'œil est douloureux à la pression, hypotone.

En même temps il y a une lymphangite intense du bras et de l'avant-bras gauche, avec adénite.

A partir du 8^e jour, l'œil diminue de volume, l'œdème, le chémosis disparaissent ; l'œil est endolori et hypotone.

L'état général est toujours le même.

Au 20^e jour, l'œil est complètement ramolli.

Un nouvel abcès se forme au 26^e jour dans le creux sous-claviculaire gauche ; mais l'état général s'aggrave de plus en plus, et le malade meurt.

La seconde observation n'est pas moins instructive que la première.

OBSERVATION XXI.

(DESBRIÈRE, Th. Paris, 1890.)

H... 62 ans, 16 février 90 se rend à la consultation du Dr Valude. Il vient d'avoir pendant trois semaines l'influenza.

Pendant la maladie, les yeux avaient été un peu rouges, mais tout a disparu, et, il y a quatre jours, l'œil droit est devenu congestionné ; il y eut quelques douleurs circum-orbitaires, mais surtout une sensation de grande gêne dans les mouvements de l'œil. La vue avait diminué ; Les pau-

pières sont gonflées, rouges, il y a du chémosis ; les cornées sont transparentes, l'iris décoloré ; il y a des synéchies postérieures ; l'iris est immobile. Les douleurs sont peu intenses, la vision est abolie.

Au 9^e jour, il y a une légère amélioration dans l'état de l'œil ; l'hyperhémie conjonctivale et le chémosis sont diminuées ; les douleurs s'apaisent mais les exsudats pupillaires se présentent et, en même temps, l'œil s'atrophie.

Après quelque temps l'œil était complètement atrophié et on dut l'énucléer.

CHAPITRE IV

IRIDO-CHOROÏDITE PAR INFECTION D'ORIGINE VISCÉRALE

L'irido-choroïdite que M. Parinaud désigne par infection *endogène* peut être causée par un agent dont le siège se trouve dans un des viscères. Ces cas ne sont pas les moins démonstratifs. Nous avons réunis dans ce chapitre plusieurs cas à origine soit hépatique, soit gastrique, soit pulmonaire.

Le premier cas d'origine gastrique fut rapporté par Trousseau :

OBSERVATION XXII

(TROUSSEAU. Bull. de la Soc. d'opht. de Paris, 1894.)

Dirai-je encore l'histoire d'une jeune femme de 25 ans, rhumatisante, ni syphilitique, atteinte d'une grave dilatation de l'estomac, avec constipation opiniâtre, migraines, amaigrissement rapide, état sérieux, chez laquelle je soigne actuellement une irido-choroïdite exsudative dont les poussées successives coïncident toujours avec une aggravation de phénomènes gastro-intestinaux.

Ne pourrais-je pas, ajoute l'auteur, attribuer l'irido-choroïdite à l'auto-intoxication, si bien mise en relief par le Dr Bouchard. Et. à ce sujet, il ajoute une réflexion que nous ne pouvons pas ne pas rapporter : « On serait bien tenté, dit-il, de se demander si en recherchant soigneusement cette auto-intoxication ou les minimes infections locales, on n'arriverait pas à préciser les causes d'iritis qu'on attribue sans preuve ou

faute de preuves à la diathèse rhumatismale, à un trouble utérin réflexe de la puberté ou de la ménopause. N'est-il pas trop facile de dire que chez un rhumatisant ou gouteux l'iritis est rhumatismale, gouteuse, en se contentant d'un des éléments du problème à résoudre, à savoir la cause prédisposante, sans rechercher la cause prédominante, immédiate qu'on trouverait peut-être dans l'appareil gastro-intestinal, du sujet, dans les intoxications transitoires. »

L'appareil gastro-intestinal en effet est une cause fréquente d'intoxication : nous avons vu que l'infection était possible par l'estomac nous allons avoir la preuve que par le foie elle peut se faire également. On sait en effet, que l'ictère³ fébrile est une maladie infectieuse, dont l'agent pathogène nous est inconnu et qui s'accompagne de déterminations hémorrhagiques multiples.

A l'appui de l'hypothèse qui applique à ces manifestations une origine infectueuse, nous avons trouvé une observation :

OBSERVATION XXIII

(HERRNHEISER. Prager. med. Woch. n° 12, 1892.)

Il s'agissait d'un homme de 30 ans en convalescence d'un ictère fébrile avec albuminurie. Le malade après avoir supporté pendant quelques jours des douleurs très vives au niveau des yeux, se présenta à M. Hennheiser dans l'état suivant : injection péri-cornéenne, chémosis ; la cornée est intacte, mais il y a un hypopyon assez abondant et un épanchement exsudatif dans la chambre antérieure. L'iris est terne et sans réaction. Le malade compte les doigts à 0 m. 50 cent.

Rapidement, par la salicylate de soude et les mydriatiques,

le pus s'est résorbé. Au 13^e jour, on voit le fond de l'œil ; la vision remonte à 6/12. A ce sujet, l'auteur assimile l'irido-choroïdite de ce cas à celles qui viennent au cours d'une fièvre typhoïde ; ce sont des déterminations infectieuses dues à des embolies microbiennes.

Nous avons trouvé une autre observation d'irido-choroïdite due à une endocardite ulcéreuse :

OBSERVATION XXIV

G. EDWARD G. WEIL (présentée par Sir WILLIAM MOORE).
British med. Journal.

M. J. P. K... âgé de 44 ans, avait souffert, il y avait vingt ans d'une attaque de rhumastime aigu.

Il y a huit ans, il a eu une dernière et plus légère attaque. On n'est pas sûr de l'existence d'aucune complication cardiaque, mais en juillet 1806, M. K... fut pris d'une hémoptysie qui n'était pas d'origine bacillaire, car elle ne fut pas suivie d'aucun symptôme pulmonaire. On pouvait croire plutôt qu'il s'agissait d'une apoplexie pulmonaire, résultat d'une sténose de la valvule mitrale.

Quelques années avant sa maladie finale, deux jours après les symptômes de panophtalmie étaient de plus en plus graves mais l'état général devint de plus en plus mauvais et le malade mourut, l'œil étant en pleine pronophtalmie.

Selon M. Moore, il aurait pu se faire dans ce cas qu'une endocardite ulcéreuse eût eu lieu avant la production de l'embolie, car les symptômes d'une grave maladie avaient précédé de quarante-huit heures les troubles de la vision.

Enfin nous avons trouvé un exemple d'infection d'origine pulmonaire.

OBSERVATION XXV

(RALT. Bull. de la Soc. d'opht. de Paris, 1894)

J'ai observé un cas typique d'affection irido-choroïdienne infectieuse microbienne d'origine générale. Il y a quatre ans, je fus appelé pour voir un maçon, homme de 40 ans, vigoureux atteint de pleurésie purulente. L'empyème avait été pratiquée, mais il restait toujours de la fièvre. Tout à coup le malade vit trouble de l'œil droit, cet œil rougit devint douloureux et le quatrième jour la vision était abolie. L'aspect était celui d'une panphotalmie ordinaire. La cornée était intacte; à travers le cristallin on voyait le corps vitré transformé en masse opaque.

A gauche, la vue s'était brouillée également, j'ai constaté de l'hyperhémie irienne et un trouble du corps vitré assez intense pour voiler la pupille et réduire la vision à la perception des doigts. Les douleurs du côté droit étaient excessivement intenses malgré les injections de morphine.

Je proposai et exécutai l'énucléation. A l'ouverture du globe, je trouvai le corps vitré transformé en un magna purulent, la choroïde couverte de traînées blanchâtres.

L'examen bactériologique n'a malheureusement pas été pratiquée. J'ai appris le sort ultérieur de l'œil gauche. L'hyalite très manifeste que j'avais constatée a évolué sans suppuration extérieure et l'œil est devenue phtisique.

Cette observation est la meilleure preuve que nous pourrions donner de l'origine générale de l'affection choroïdienne dont plusieurs exemples ont déjà été publiés.

Voici donc quatre exemples très démonstratifs de ces irido-choroïdites infectieuses à infection endogène.

Il est possible, comme l'admet M. Trousseau, qu'il y ait eu une prédisposition quelconque, le rhumatisme dans un de nos cas, la tuberculose peut être dans le cas de M. Kalt, mais on ne saurait ne pas admettre que l'infection générale de l'organisme n'ait produit la lésion oculaire, que cette infection soit la cause primitive ou seconde.

CHAPITRE V

IRIDO-CHOROÏDITE DANS LES FIÈVRES ÉRUPTIVES

Selon M. Panas, l'irido-choroïdite est très rare dans les fièvres éruptive; il est difficile cependant d'admettre qu'elle ne puisse se produire au cours ou pendant la convalescence d'une fièvre éruptive. Les mêmes raisons du reste que nous avons invoquées pour les autres maladies qui venaient se compliquer d'irido-choroïdite, militent pour faire croire à la même possibilité au cours des maladies éruptives. Nous avons pu du reste recueillir plusieurs observations dans les auteurs M. Dianoux, entre autres, qui cependant partage l'opinion de M. Panas, rapporte un cas d'irido-choroïdite pendant une scarlatine.

OBSERVATION XXVI

(DIANOUX. Annales d'oculistique).

Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans, délicate, qui après un surmenage, suite de leçons de danse répétées et prolongées outre mesure, est prise d'une fièvre grave de grande intensité, probablement une scarlatine avec angine et albuminurie abondante. Quand la fièvre diminue elle fut prise de trouble de la vision du côté droit où apparut rapidement un hypopyon avec injection pirikératique très fine de couleur mauve. On constate aussi l'existence d'une cyclite à gauche. *Pas de douleurs* à peine de la photophobie; l'hypopyon apparaît faible à gauche; mais le corps se remplit rapidement de pus; tandis que l'hypopyon disparaît à droite. Le pus se résorbe complètement de ce côté; la vue se rétablit complètement; en même

temps, l'albuminurie cesse à gauche, le pus disparaît aussi complètement, mais pour laisser place à du tissu conjonctif organisé.

Le corps vitré resta rempli de cloisons cellulaires, le cristallin s'opacifia plus tard. La chambre antérieure ne s'était jamais rétablie depuis la résorption de l'hypopyon. L'œil divergent conserva, fait intéressant, son volume et sa tension normale.

Gorecki rapporte qu'il lui a été donné d'observer à l'hôpital des Enfants-Malades un cas d'irido-choroïdite chez un enfant atteint de variole (1).

Nous avons recueilli dans le *Journal des Sciences médicales* de Lille, une observation d'irido-choroïdite, ayant produit une cécité complète chez un enfant de 15 jours, atteint d'ophtalmie variolique.

Enfin, nous avons trouvé un exemple d'irido-choroïdite au cours d'un érysipèle que nous citons dans ce chapitre, bien que, à proprement parler, sa place soit plutôt désignée dans le chapitre des irido-choroïdites à streptocoques.

OBSERVATION XVII

GILLET DE GRANDMONT. (Bull. de la Soc. d'ophtalmologie, 1894.)

Mme P..., 46 ans, a eu trois érysipèles, et, à la suite du dernier, elle fut prise de troubles visuels très accusés; l'œil droit compte les doigts à 30 centimètres, l'œil gauche à 1 mètre. Hyaloïdite double avec flocons du vitré. Je pratiquai la paracentèse et ensemençai un tube de gélose, ce qui donna une culture de streptocoques.

Dans toutes ces observations d'irido-choroïdites, dans des fièvres éruptives, quelques points nous sem-

(1) GORECKI, *Bull. de la Soc. d'opht.* de Paris, 1894.

blent remarquables. D'abord, le peu de symptômes graves du début. L'affection se manifeste principalement au malade par une perte lente de la vision, les douleurs n'existent pas, ou sont du moins presque nulles; les autres symptômes qui, d'ordinaire, préoccupent tellement le malade, tels que la photophobie, le larmolement, etc., sont à peine signalés par les auteurs qui ont suivi les malades. Enfin, après une durée assez courte, le plus souvent, la guérison est complète ou du moins, si la vision n'est pas rétablie, ou l'est peu, dans les deux exemples que nous avons cités, nous voyons que le globe oculaire ne s'est pas atrophié.

Sommes-nous alors en présence d'infections secondaires d'une gravité moindre que l'infection primitive; ou devons-nous cette bénignité à la période de la maladie qui est généralement la convalescence, époque à laquelle la virulence de l'agent morbide est atténuée? Nous ne pouvons que poser le problème sans le résoudre.

CHAPITRE VI

IRIDO-CHOROÏDITE DANS QUELQUES AFFECTIONS STREPTOCOCCIQUES.

A côté des irido-choroïdites que nous avons décrites, il est une autre variété dans lesquelles on ne peut pas trouver de porte d'entrée, à proprement dire, et qui cependant revêtent la même forme, s'accompagnent des mêmes symptômes que celles que nous avons décrites jusqu'à maintenant.

Mais on peut dire que, dans ces cas, l'état des yeux n'est vraiment qu'une manifestation locale d'une infection générale de tout l'organisme, bien plus que dans tous les autres cas. La preuve en est dans les autres manifestations de cet état général infectieux, dans d'autres parties du corps. Nous avons des observations où une angine infectieuse est le premier trouble occasionné par l'état général, et consécutivement ou antérieurement aux troubles oculaires, une arthrite ayant le même caractère infectieux vient bientôt compliquer la scène. Les complications oculaires ne sont qu'un épiphénomène d'une maladie qui n'en continue pas moins sa marche et aboutit parfois à la mort.

Nous avons pensé, à ce sujet, que l'irido-choroïdite infectieuse pouvait être rapprochée du pseudo-rhumatisme infectieux, étudié par Bourcy (1) dans sa thèse inaugurale. Il est difficile, en effet, de comparer ces cas aux iritis et aux irido-choroïdites rhumatismales; il faut bien créer un cadre spécial, un chapitre à part.

(1) BOURCY, *Thèse de Paris*, 1884.

Voyons d'abord ce qu'a écrit Bourcy dans la maladie décrite par lui :

« Nous ne pouvons rattacher au vrai rhumatisme des arthropaties survenant au cours d'une maladie nettement infectieuse, chez des sujets non rhumatisants, disparaissant avec l'affection aiguë qui lui a donné naissance, sans laisser trace de leur passage, et sans créer pour l'économie de prédisposition à de nouvelles manifestations articulaires intéressant presque exclusivement les grandes jointures, en petit nombre le plus souvent, ne présentant aucune mobilité, guérissant souvent, mais suppurant parfois et entraînant la mort, s'accompagnant de lésions viscérales au même titre que toutes les arthropathies des maladies infectieuses. »

N'y a-t-il pas, en effet, de nombreux rapports à établir entre cette affection articulaire et la maladie oculaire qui nous occupe ? En effet, même marche dans la maladie qui parfois évolue vers la suppuration, mais souvent aussi aboutit à une restitution *ad integrum* ; le plus souvent, cette complication survient au cours d'une maladie nettement infectieuse : nous ne pourrions en donner de meilleur exemple que celui fourni par Gayet (1) ; cette jeune fille qui eut une irido-choroïdite infectieuse, puis une poussée furonculaire et chez qui pendant toute la durée de la maladie, le sang fut toujours trouvé rempli de germes.

Enfin, nous verrons que souvent les lésions viscérales, comme dans le rhumatisme infectieux, viennent entrer en scène.

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de M. le Dr Despagne, à Saint-Germain, un cas bien intéressant dans lequel toutes ces particularités semblent avoir été mises à dessein, en relief.

OBSERVATION XXVIII

(D^r DESPAGNET. Hôpital de Saint-Germain.)

M. X..., facteur rural, est atteint depuis un mois d'une sorte de pneumonie infectieuse avec fièvre, agitation, délire, pendant plusieurs jours. Pendant la convalescence, il s'aperçut tout d'un coup que l'œil gauche commençait à perdre un peu de sa vision qui devenait trouble, confuse : comme aucun symptôme douloureux, aucune gêne n'avait davantage attiré son attention, il ne s'en était pas plus tôt préoccupé. Le diagnostic porté fût irido-choroïdite, œil inéclairable un peu sensible, avec une très légère injection. Un traitement fut institué sans cacher au malade la gravité de son état, du reste. Il retourna chez lui et huit jours après, vint à la clinique, à Paris. Cette fois, l'état s'était beaucoup aggravé ; on dut lui proposer l'énucléation qu'il repoussa et repartit. Peu de temps après, il revint, disposé à l'opération, entra à la Clinique ; mais brusquement il fut pris d'une arthrite à caractère nettement infectieux, absolument le pseudo-rhumatisme infectieux de Bourcy, avec température, agitation, œdème du membre, Il fallut le faire entrer à l'hôpital de la Charité, dans le service du D^r Richardière ; l'énucléation fut faite par le D^r Despagnet, et pendant que le malade était sous le chloroforme, une ponction fut faite dans l'articulation malade ; elle n'amena pas de résultat. En revanche, l'œil atrophié présentait à la place du corps vitré une masse exsudative dans laquelle, après ensemencement, on trouva du streptocoque et quelques staphylocoques, mais absence totale de pneumocoques.

Quelque temps après, le malade sortait guéri de l'hôpital.

Il est difficile de trouver mieux groupés les deux affections dont nous parlions ; il s'agit bien là d'une irido-choroïdite survenant au cours d'un pseudo-rhuma-

(1) GAYET. Leçons cliniques d'ophtalmologie.

tisme infectieux, rappelant tous les symptômes décrits par Bourcy. Du reste, les deux affections ne faisaient que venir compliquer une maladie générale infectieuse primitivement localisée sur un viscère, le poumon. Remarquons enfin qu'après avoir pris des allures graves, celles d'une véritable maladie typhoïde, l'affection a revêtu un caractère plus bénin au point de vue des symptômes généraux, quand il s'est agi de manifestations locales.

Cette tendance de la même affection à atteindre successivement l'œil et les articulations, nous l'avons retrouvée dans plusieurs observations; il semble que l'affection suive une marche identique à celle du rhumatisme.

Voici un autre cas qui, par plus d'un point, peut être rapproché de celui que nous venons de citer :

OBSERVATION XXIX

(ETHLINGER. Th. Paris, 1893.)

Il s'agit d'un homme de 22 ans, entré dans le service de M. Troizier à Lariboisière. Sa maladie remonte à dix jours, et, à l'entrée il a une température de 39°,5. On constate une tuméfaction phlegmoneuse du pilier antérieur droit et de l'amygdale droite. Il y a de la douleur, de la dysphagie.

Cette angine resta stationnaire trois jours, puis la tuméfaction s'atténua sans qu'il y ait eu de foyer purulent, semble-t-il.

Au 4^e jour, la température était à 38°1, le matin, et le soir à 38°,5.

Au 5^e jour, elle monte à 40°, jusqu'à 41°,3 pendant dix-huit jours, jusqu'à la mort.

Dès le 4^e jour, il était repris d'angine, de délire, de saignements de nez, de diarrhée. La langue était sèche, le facies

vultueux et animé. On pense à une fièvre typhoïde, mais il n'y a pas de toux, pas de taches rosées lenticulaires.

Assez vite il tomba dans un état ataxo-adynamique de plus en plus prononcé; au 15^e jour, il se plaignait de *douleur à l'épaule gauche*; on constatait une *tuméfaction rouge localisée persistante à la face dorsale de la main gauche*.

Au dernier jour, il y eut de la diarrhée et de l'incontinence d'urine; la langue était sèche, noirâtre, l'haleine fétide.

Le 28 au matin, veille de la mort, *la cornée s'est troublée* est devenue blanche, opaque, il y a du pus dans la chambre antérieure.

Le 29, mort.

Bactériologie du sang : toutes les cultures ont donné du streptocoque.

A l'autopsie, on ne trouve pas de lésions typhiques; l'examen de l'œil n'a pas été fait.

Comment donc interpréter cette observation? Mais il semble que là autant qu'ailleurs il s'agit d'une de ces infections généralisées, maladies typhoïdes dont le pseudo rhumatisme infectieux de Bourcy n'est qu'une manifestation. Nous sommes, en effet, en présence d'une infection due au streptocoque dans laquelle l'origine semble pharyngée, sans que nous puissions affirmer davantage, car l'angine n'a bien pu être elle-même qu'une manifestation de la maladie. Il y eut alors infection généralisée avec température, délire, épistaxis, diarrhée, tous phénomènes pouvant faire croire à une fièvre typhoïde; sur le même plan, alors, avec une importance identique et presque en même temps, survinrent d'une part une localisation articulaire, d'autre part une manifestation oculaire, qui ni l'une ni l'autre ne sont pas la sous dépendance directe de l'angine, mais de l'infection générale qui avait pour cause l'infection du début.

Nous avons trouvé une autre observation qui ne diffère que peu des deux précédentes :

OBSERVATION XXX

(VILLARD. Archives d'opht. 1895)

Edouard C... 37 ans, eut, le 13 décembre 1893, une angine, tuméfaction de la partie gauche du pilier antérieur. L'état s'aggrava, il y eut des sueurs nocturnes, de l'insomnie, de l'agitation, de la fièvre.

Au 7^e jour, l'œil droit était congestionné, la région jugo-temporale droite œdématisée.

Au 8^e jour, à droite, il y avait de la photophobie, de la myodopsie, le soir perception lumineuse affaiblie.

2 jours après, vision quantitative.

23 décembre, il entre à la clinique. A l'œil droit, les paupières sont œdématisées, de même que toute la région; il y a de l'adénopathie auriculaire sous-maxillaire; chémosis, œil immobile, iris gris verdâtre, vision nulle.

L'œil gauche est normal.

Les amygdales sont volumineuses, congestionnées, rouge intense.

Aux deux membres inférieurs, éruption de plaques brunâtres lenticulaires, couvrant les jambes.

Traitement: frictions hydrargyriques. Applications chaudes.

25 décembre. Etat aggravé, hypopyon, hypertension, douleurs.

27 décembre, Evidement de l'œil, humeur vitrée en voie de suppuration. Lavage au sublimé iodoformé.

Le malade est soulagé, prend un peu de repos. Les plaques éruptives les sueurs disparaissent ainsi que les autres symptômes.

Voici donc encore un autre cas de même nature qui débute aussi par l'angine, un état général assez grave et aboutit au même processus d'irido-choroïdite. Il est

bien regrettable que l'examen bactériologique du sang au moment des éruptions n'ait pas été fait, car on aurait peut-être pu tirer de là un enseignement sérieux.

Mais nous avons trouvé une longue et intéressante observation de M. Morax, à laquelle le même reproche ne peut pas être adressé.

OBSERVATION XXXI

(VEILLON et MORAX. Annales d'o.c. 1894.)

M. G. V..., maçon, entre le 23 mai à la Charité. Pas d'antécédents pathologiques.

Le 13 mai, il se plaignait de courbatures et douleurs vagues dans les cuisses, les mollets, il avait une diarrhée profuse, des nausées, norexie et fièvre. Il garde la chambre pendant 2 jours, il se sentait bien, il reprend son travail. Il est pris alors de vertiges, faiblesses et se voit forcé de s'aliter de nouveau.

Le lendemain il est pris d'une douleur vive au genou gauche; la région se tuméfie, devient très sensible, tandis que les phénomènes généraux persistent et la fièvre s'exagère.

Le 23 mai, phénomènes douloureux au niveau de l'articulation tibio-tarsienne gauche et la région du cou de pied se tuméfie et prend une coloration érythémateuse. C'est alors qu'il se fait transporter à la Charité.

Le 24 mai. Rougeur et œdème au niveau de l'articulation tibio-tarsienne gauche, marqués surtout à la face dorsale. Le genou gauche est tuméfié; pas de rougeur, pas de douleur, mais il existe un épanchement intra-articulaire abondant. Langue saburrale. Foie augmenté de volume. Urine albumineuse.

Le malade n'a pas eu d'écoulement urétral. Temp. 39°3.

25 mai. Les mêmes phénomènes persistent.

26 mai. Les douleurs articulaires ont diminué, les mouvements sont plus faciles. Par contre le malade accuse du

côté gauche un affaiblissement de la vision. Il s'en est aperçu au réveil. La conjonctive est injectée et l'on constate de l'injection périkeratique, ainsi qu'une légère exsudation blanchâtre dans la chambre antérieure. L'œil présente une teinte grisâtre. La pupille est contractée et ne réagit pas à la lumière. Malgré ces symptômes le malade ne se plaint pas de son œil si ce n'est au point de vue de la vision.

28 mai. Temp. 39°. Mêmes symptômes.

Vision complètement abolie. Chémosis assez marqué de la conjonctive.

Cornée un peu terne. La chambre antérieure renferme une petite quantité de pus. La pupille est contractée et l'iris grisâtre. On n'éclaire pas le fond de l'œil. Le globe oculaire est peu sensible à la pression. On pratique avec une seringue de Strauss une ponction de l'articulation du genou. On retire un liquide louche dont l'examen bactériologique sera rappelé plus loin.

29 mai. L'albuminurie persiste ; elle est très abondante. Etat général mauvais. Les lésions oculaires ne se sont pas modifiées, par contre on note une amélioration dans l'état du genou et du pied qui sont moins douloureux. Néanmoins on constate encore un peu d'œdème de tout le membre inférieur gauche.

30 mai. On fait une ponction aspiratrice du genou et on retire 200 grammes environ d'un liquide purulent, sans odeur. La ponction est suivie d'injection naphtolée. La température oscille entre 39° et 39°8.

31 mai. Le pus s'est reproduit dans l'articulation, mais les douleurs sont peu marquées.

1^{er} juin. On refait une ponction aspiratrice suivie d'injection naphtolée.

3 juin. On constate une perforation de la cornée au voisinage du limbe donnant issue à l'hypopyon. Le malade est transporté dans le service de chirurgie de M. le professeur Duplay. M. le Dr Demoulin pratique l'arthrotomie du genou

suivie de lavage au sublimé et de drainage et l'énucléation du globe oculaire.

Le lendemain de l'opération la température, est tombée et oscille à partir de ce jour entre 37° et 38°.

Les phénomènes généraux se sont amendés.

28 juin. Rien à noter du côté de l'orbite. Le genou n'est pas encore complètement fermé. Etat général bon.

Le malade quitte l'hôpital le 20 juillet 1893. Il persiste seulement un certain degré d'ankylose du genou opéré.

Examen bactériologique du pus articulaire et du pus de la choroïdite : Le liquide articulaire retiré par la ponction aseptique le 28 mai est étalé sur des lamelles et coloré par le violet de méthyle. Il renferme de nombreux leucocytes polynucléaires altérés au milieu desquels on constate de nombreuses chaînettes formées par plusieurs éléments arrondis. Ces chaînettes prennent le Gram. On retrouve aussi des chaînettes en dehors de phagocytes. Dans le pus du globe oculaire, on reconnaît les mêmes éléments.

Le tube de bouillonensemencé avec le pus présente, après 24 heures de séjour dans l'étuve à 35°, un dépôt floconneux rassemblé dans les parties profondes du tube. Cette culture est formée par des chaînettes très allongées. Sur le tube de gélose, on constate après 24 heures un piqueté de petites colonies arrondies grisâtres constituées par des cocci en diplocoque ou en chaînettes. Repiqués dans la gélatine, ces streptocoques forment des petites colonies arrondies, non liquéfiantes. Ces streptocoques ne donnent pas de culture apparente sur pomme de terre. L'inoculation sous la peau de la souris tue cet animal en 48 heures. Inoculé dans le tissu cellulaire du bassin, il a provoqué l'érysipèle typique de l'oreille.

Examen Anatomique du globe oculaire

Le globe oculaire énuclé a été fixé dans l'alcool et inclus dans la Celloidine. Sur les coupes histologiques colorés au picro carmin ou à l'hématoxyline, voici ce qu'on constate : la sclérotique est épaisse, doublée de volume sur la coupe. Les

lames de tissu conjonctif sont dissociées par de nombreux leucocytes uniformément répartis. Les vaisseaux sont dilatés, le réseau capillaire est très développé surtout dans les couches externes de la membrane. La cornée ne présente pas de lésions à l'exception de sa perforation qui siège à sa partie inférieure et au voisinage du limbe. En ce point elle est infiltrée de leucocytes. Dans toutes ses autres parties, l'épithélium antérieur ainsi que la membrane de Descemet ne paraissent pas altérés. Le tissu propre de la cornée ne renferme que peu d'éléments migrants. En dehors de la lésion signalée, la choroïde et la rétine sont fortement altérées. En dehors d'une petite zone située au niveau postérieur, au voisinage immédiat de la pupille où l'on peut encore reconnaître la structure de ces deux membranes, dans toutes les autres parties les éléments normaux sont détruits et remplacés par une infiltration de leucocytes altérés. Dans la petite zone où les lésions sont relativement peu marquées, on constate une dilatation vasculaire et une infiltration de leucocytes avec prédominance marquée de ces éléments au niveau de la chorio-capillaire. L'épithélium pigmentaire persiste en ce point de la rétine, on reconnaît seulement et dans une étendue de 1 à 2 millimètres les deux couches de granulations. On ne retrouve plus trace des autres éléments qui sont remplacés par des leucocytes. Au niveau de la région équatoriale, la choroïde est le siège d'une infiltration leucocytaire et présente une épaisseur de 2 à 3 millimètres qui n'est séparée que par la couche des gros vaisseaux de la sclérotique.

Région ciliaire peu altérée, l'Iris est épais et couvert du côté de la chambre antérieure d'un exsudat.

Le corps vitré a disparu en grande partie devant l'infiltration leucocytaire qui l'a envahi. Le cristallin a été résorbé, il n'y a que la capsule.

L'élément pathogène étudié par la méthode de Gram se présente sous forme de chaînettes nombreuses ou de diplocoques; il siège dans le protoplasma des leucocytes et on en trouve aussi à l'état libre. Pas de strobocoques au niveau des vaisseaux.

Donc il s'agit là d'une choroïdite suppurée, causée par les treptocoque survenant au cours d'une septicémie médicale sans affection antérieure de l'œil et sans traumatisme.

Cette longue observation vient absolument confirmer ce que nous avons avancé jusqu'à maintenant. Voici donc quatre cas absolument identiques, qui semblent calqués les uns sur les autres, et dans lesquels on peut absolument affirmer que l'état oculaire local n'a été qu'une manifestation de l'état général. Dans tous ces cas, il y a eu localisation articulaire avec les symptômes du pseudo-rhumatisme articulaire infectieux de Bourcy ; enfin l'analyse bactériologique a toujours décelé la présence de streptocoques.

Les symptômes, dans tous les cas rapportés par nous, ont généralement été graves. Cependant, il y a lieu d'insister sur le peu d'intensité des signes du début. Dans le cas par exemple observé par nous, ce n'est pas la douleur, mais la diminution de la vision qui a attiré l'attention du malade ; il nous a répété à plusieurs reprises qu'il ne souffrait pas du tout de son œil. Ces symptômes douloureux restent les mêmes sans augmenter durant presque tout le cours de la maladie.

La diminution de la vision est progressive, mais rapide néanmoins, elle aboutit à la cécité absolu.

Enfin, nous avons vu que dans tous les cas, l'énucléation avait été le terme fatal de la maladie.

Dès à présent, nous pouvons donc conclure qu'il existe des cas d'infection générale par le streptocoque, dans lesquels l'œil est secondairement atteint au même titre que les grandes articulations, qu'il se produit une irido-choroïdite infectieuse et que dans l'œil on a toujours retrouvé des streptocoques en abondance.

MARCHE ET PRONOSTIC

En terminant, il nous a paru intéressant de rappeler en quelques mots les conclusions auxquelles est arrivé Axenfeld (1) qui a eu l'occasion d'analyser de nombreux cas dans le genre de ceux qui nous préoccupent. Il a eu surtout l'heureuse chance de pouvoir faire l'examen bactériologique dans quelques-uns de ses cas. Sa statistique porte beaucoup sur les affections puerpérales qu'il a eu beaucoup l'occasion d'observer ; Mais il a eu aussi de nombreux exemples d'irido-choroïdites infectieuses et aussi de celles qu'il désigne sous le nom de kryptogénétiques.

Il a réuni 64 cas d'ophtalmie métastatique au cours de la fièvre puerpérale. Dans 11 observations l'examen bactériologique a été pratiqué : neuf fois on a trouvé le streptocoque, une fois le diplocoque et une fois le staphylocoque aureus. Malheureusement M. Axenfeld ne nous ajoute pas quel a été le degré de virulence de chacun de ces microbes, pas plus que la marche de la maladie provoquée par eux ; il eût été cependant très intéressant de savoir ce qu'est devenu le globe oculaire d'une part, et les autres organes atteints primitivement ou tardivement d'autre part. Rappelons à ce sujet la si intéressante observation de Gayet dans laquelle le streptocoque a amené la perte d'un œil, et des accidents généraux très graves dans toutes ces observations. M. Axenfeld a remarqué qu'un des premiers signes consiste dans une diminution de l'acuité

(1) AXENFELD. Cité par Morax. Annales d'oc. 1894.

visuelle, qui, très rapidement, en général en 24 heures, va jusqu'à la cécité complète, mais ne provoque jamais de cécité subite comme dans l'embolie. Après avoir fait observer que c'est une affection douloureuse, l'auteur remarque que dans deux cas elle fut indolore et que dans tous les phénomènes douloureux n'apparurent qu'après quelques jours.

Le pronostic dans presque tous les cas fut fatal, l'affection aboutissant à une perforation spontanée. Le pronostic au point de vue de l'autre œil est beaucoup moins grave, Axenfeld émet l'opinion que l'ophtalmie sympathique est très rare « jamais on n'a observé d'affection sympathique consécutive à une irido-choroïdite puerpérale » bien que l'œil phthisique ait été souvent le siège d'une récurrence caractérisée par la réapparition des douleurs nécessitant l'énucléation. A ce sujet, l'auteur a remarqué que dans 42 cas sur 63 cas, l'affection a été unilatérale et 22 fois bilatérale.

Quant au pronostic général, tous les malades dont les yeux furent atteints presque simultanément moururent de 1 à 14 jours après le début ; un seul cas de Hirschberg s'est terminé par la guérison. Nous pouvons, à ce sujet, rappeler l'observation de la malade que nous avons vue dans le service du D^r Despagnet, à Saint-Germain, et qui s'est également terminée par la guérison. Sur 41 malades dont les yeux furent atteints simultanément d'irido-choroïdite unilatérale, 27 moururent, 14 guérissent. Cette question du pronostic général nous amène à dire un mot des complications dues à l'endocardite ; nous avons déjà fait remarquer la rareté de cette affection, mais la gravité de cette complication est telle que nous devons nous y arrêter en traitant la question du pronostic. Sur 26 autopsies relevées par Axenfeld, 13 fois l'endocarde était saine,

13 fois sur 51 cas il n'existait pas d'autre foyer métastatique.

Dans les maladies infectieuses, Axenfeld ne nous donne que peu de renseignements sur l'ophtalmie ; il se contente de la signaler, disant que les autopsies manquent. Il se contente de faire remarquer qu'au cours de l'influenza, de la scarlatine, de la rougeole, de la variole, de l'érysipèle, du typhus, de la morve et de la fièvre récurrente, il peut y avoir des lésions choroïdiennes ou rétiniennes. Nous avons remarqué de notre côté la même rareté dans les observations de maladies infectieuses. Du reste, le plus souvent, dans ces cas, la gravité de l'état général attire toute l'attention et l'état local disparaît aux yeux de l'entourage du malade et malheureusement du médecin lui-même.

Enfin, abordons le groupe qu'Axenfeld a constitué, lui donnant le nom ophtalmie métastatique dans les pyémies cryptogénétiques, c'est-à-dire les maladies dans lesquelles il n'existe pour le microbe aucune porte d'entrée décelable : le refroidissement paraît jouer un rôle dans leur provocation ; trouvent également place dans ce groupe tous les cas d'endocardite ulcéreuse, tous ceux qui évoluent d'après le type du rhumatisme articulaire aigu, toutes les infections qui évoluent comme la fièvre typhoïde, la méningite ou la tuberculose miliaire.

Dans 27 cas de ce genre, les troubles visuels se sont développés du 1^{er} au 18^e jour de l'affection, la durée dans les cas mortels a été de une à trois semaines ; 13 fois on a noté la panophtalmie avec perforation ; 6 fois le passage direct de la suppuration à l'atrophie du globe. Dans un seul cas, on a vu se développer après une panophtalmie une ophtalmie sympathique. 12 fois l'affection a été bilatérale, 15 fois elle n'a frappé qu'un œil. 10 malades de la 1^{re} catégorie sont morts ; dans la

seconde, 10 ont survécu. L'endocardite a été observé dans 10 cas sur 12 autopsies.

Dans ce groupe, le pneumocoque semble jouer un rôle important; Axenfeld l'a rencontré dans deux cas; on a en outre trouvé deux fois le staphylocoque et une fois le streptocoque.

En somme, l'irido choroïdite infectieuse observée dans les différentes formes de la pyémie est compliquée quelquefois d'endocardite ulcéreuse; elle est bilatérale dans le tiers des cas, et ce n'est que cette forme bilatérale qui permet d'établir un pronostic fâcheux. L'ophtalmie métastatique unilatérale (excepté celle de la fièvre puerpérale) accompagne souvent des cas de pyémie légère, surtout dans des faits de pyémies cryptogénétiques liés aux affections pulmonaires ou méningées; elle peut en être la seule métastase. Dans l'ophtalmie métastatique bilatérale, l'affection oculaire est le plus souvent la seule métastase dans le domaine de la carotide; elle ne peut donc pas être la conséquence de la dissémination des masses emboliques grossières, car celles-ci donneraient lieu à des métastases dans d'autres parties de la tête ou du cou. Dans l'ophtalmie bilatérale, c'est la rétine qui est infectée et on ne peut admettre un gros embolus dans les deux artères centrales. Il s'agit bien plutôt d'un de ces cas d'une infection de fins vaisseaux capillaires, ce qui d'ailleurs est beaucoup plus en rapport avec l'évolution clinique: cécité rapide mais non subite. Tandis que dans des cas d'ophtalmie métastatique d'origine puerpérale ou chirurgicale, on a trouvé le streptocoque et quelquefois le staphylocoque, dans les cas d'origine cryptogénétique, le pneumocoque semble jouer un rôle important. Ces ophtalmies causées par le pneumocoque passent plus souvent que les autres à la phthisie sans panophtalmie.

CONCLUSIONS

- 1° Il existe au cours ou dans la convalescence de certaines maladies des irido-choroïdites à caractère infectieux.
- 2° Toutes les fois que l'organisme est envahi et que l'infection, de locale, devient générale, l'œil est exposé à ces accidents d'irido-choroïdites. Exemple : irido-choroïdite cataméniale, puerpérale.
- 3° Quand l'infection a eu lieu par le streptocoque, elle prend un caractère spécial et souvent la manifestation oculaire se fait en même temps que des poussées de pseudo-rhumatisme articulaire infectieux. Ces formes diffèrent de l'irido-choroïdite rhumatismale :
 - 1° Par la suppuration qui souvent existe ;
 - 2° Par la marche ;
 - 3° Par la présence de microorganismes dans le pus ;
 - 4° Par l'absence de douleurs.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AXENFELD. Annales d'Oc., 1894.
BERGER (Emile). Maladies des yeux dans leurs rapports avec la pathologie générale.
BOUCHARD. Pathologie générale.
BOURCY. — Thèse de Paris, 1884.
BRUN. Presse médicale, 1893.
CHARCOT et BOUCHARD. Traité de médecine.
CHARRIN ET GLEY. Archives de Physiologie, octobre 1890 et janvier 1891.
CHIBRET. Bull. de la Soc. d'ophtalmologie de Paris, 1894.
DESBRIÈRES. Th. Paris, 1890.
DESPAGNET. Soc. d'ophtalmologie de Paris.
— Traité d'ophtalmologie.
DE WECKER. Traité complet d'ophtalmologie.
— Semaine médicale, 29 avril 1891.
DIANOUX. Archives d'ophtalmologie, 1894.
DUBOYS DE LAVIGERIE. Bulletin de la Soc. d'ophtalmologie de Paris.
DUPLAY et RECLUS. Traité de chirurgie.
ETLHINGER. Th. Paris, 1893.
FROMAGET. Soc. d'ophtalmologie de Bordeaux, 1894.
GALEZOWSKY. Traité des maladies des yeux.
GAYET. Eléments d'ophtalmologie.
GENDRON. Th. Paris, 1890.
GILLET DE GRANDMONT. Bulletin de la Soc. d'ophtalmologie de Paris, 1894.
GORECKI. — Bulletin de la Soc. d'ophtalm. de Paris, 1894.
HERNHEISSER. (Prag. Med. Woch, n° 12, 1892.)
JANOT. Th. de Montpellier, 1892.
KALT. Bulletin de la Soc. d'ophtalmologie de Paris, 1894.
KNAPP. Archives für ophtalmologie, Berlin, 1887.

- LASTLY. British med. Journal, 1894.
LEBER. Annuals of ophth. and ot, 1894.
LENDEMAN. Beitrage für Augenheil Kunde, 1892.
MACKENSIE. Diseases of the eyer.
MARMORECK. Le treptocoque et le sérum antiseptococcique.
MOORE (de Dublin). British Med. Journal, 1894.
MORAX. Annales d'oculistique, 1894.
PANAS. Traité des maladies des yeux.
PARINAUD. Bulletin de la Soc. d'ophtamologie de Paris.
H. PERCY DUNN. British medical Journal, 1895.
POUSSON. Archives d'ophtalmologie, 1894 et 1881.
PUECH. Soc. médicale de Bordeaux, 1894.
RANCUREL. Th. Paris, 1893.
RIBEMONT, DESSAIGNES et LEPAGE. Traité d'obstétrique.
ROUX. Leçons.
SAULAY. Recueil d'ophtalmologie, 1893.
SÉE (Marcel). Gaz. des Hôpitaux, 1893.
TROUSSEAU. Bulletin de la Soc. d'ophtalmologie de Paris, 1889.
VEILLON et MORAX. — Annales d'oc., 1894.
VILLARD. Archives d'ophtalmologie.
WANDESTRAETEN. (Archives méd. belges), juillet 1892.
WOOD. American Journal of the medical Sciences, 1893.

Vu : le Doyen de la Faculté,
P.. BROUARDEL.

Vu : le Président,
POTAIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

